

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha 2015

Dana Bartošová

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Ergoterapie



Dana Bartošová

**Využití aplikované behaviorální analýzy u dětí s autismem z pohledu
ergoterapeuta**

Using applied behavior analysis on autistic children from the point of view
of an occupational therapist

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce:
Mgr. Markéta Gerlichová, Ph.D.

Konzultant závěrečné práce:
Mgr. Jaromíra Uhlířová

Praha 2015

PODĚKOVÁNÍ

Chtěl/a bych poděkovat vedoucímu/cí bakalářské práce, paní Mgr. Markétě Gerlichové, Ph.D. za vedení, podněty a náměty. Dále bych chtěla poděkovat konzultantovi/ce Mgr. Jaromíře Uhlířové za cenné rady a připomínky. Mé díky patří i rodičům vybraných klientů, kteří mi věnovali čas během mé praxe v AUT-Centru.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

DANA BARTOŠOVÁ

V Praze dne: 22. 2. 2015

Podpis studenta

Identifikační záznam:

BARTOŠOVÁ, Dana. *Využití aplikované behaviorální analýzy u dětí s autismem z pohledu ergoterapeuta. [Using applied behavior analysis on autistic children from the point of view of an occupational therapist]*. Praha, 2015. 59 s., 2 příl. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce Gerlichová, Markéta.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Dana Bartošová

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Gerlichová, Ph.D.

Konzultant práce: Mgr. Jaromíra Uhlířová

Oponent práce:

Název bakalářské práce: **Využití aplikované behaviorální analýzy u dětí s autismem z pohledu ergoterapeuta**

Abstrakt bakalářské práce:

Bakalářská práce se zabývá využitím aplikované behaviorální analýzy u dětí s autismem z pohledu ergoterapeuta. Téma autismus je zde teoreticky ukotveno. V práci je podrobně vysvětlen termín „aplikovaná behaviorální analýza“, její využití v praxi a její vztah k všedním denním činnostem. Cílem této bakalářské práce je zjistit, zda má aplikovaná behaviorální analýza pozitivní vliv na rozvoj sebeobsluhy u dětí s autismem. Teoretická část je zaměřena na vysvětlení pojmu autismus a jeho etiologii. Dále je zde charakterizována aplikovaná behaviorální analýza a způsob práce s autistickými klienty prostřednictvím této analýzy. Praktická část je orientována na pozorování a následné hodnocení klientů. V rámci této části jsou také zařazeny jednoduché testy (vlastní zpracování) pro hodnocení herních činností a soběstačnosti u dětí s autismem. Počet zkoumaných klientů jsou dva klienti, na které jsem zpracovala celkem dvě kazuistiky. Pozoruji a následně hodnotím jednu dívku a jednoho chlapce, kteří mají diagnózu autismus. S oběma vybranými klienty již přes rok pracuji v zařízení, do kterého pravidelně docházím, a hodnotím jejich práci během terapií.

Klíčová slova: autismus, aplikovaná behaviorální analýza, ergoterapie, děti

Abstract:

This Bachelor's thesis deals with utilizing applied behavior analysis for children with an autism spectrum disorder from the perspective of occupational therapists. The theme of autism is theoretically explained. The term “applied behavior analysis”, its practical utilization and its relation to routine daily activities is described into detail.

The goal of this Bachelor's thesis is to find out if applied behavior analysis has a positive influence on developing self-reliance in children with an autism spectrum disorder. The theoretical part is focused on explaining the term autism and its etiology. We also define applied behavior analysis and the manner of working with autistic clients using this analysis. The practical part is oriented on observation and subsequent evaluation of the clients. Within the scope of this part, simple tests to assess game activities and self-reliance of children with an autism spectrum disorder are also included. The number of clients being surveyed is two and therefore I have fashioned two casuistries. I observe and later evaluate a girl and a boy, both diagnosed with autism. I have worked with both clients for over a year in a facility I regularly frequent and evaluate their work during therapy.

Keywords: autism, applied behavior analysis, occupational therapy, children

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]

Obsah

1. ÚVOD	11
2. CHARAKTERISTIKA AUTISMU	13
2. 1 ETIOLOGIE AUTISMU	13
2. 2 TRIÁDA POSTIŽENÍ	14
2. 3 NEJČASTĚJŠÍ PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA	15
2.4 VLIV AUTISMU NA VZTAHY A FUNGOVÁNÍ RODINY POSTIŽENÉHO DÍTĚTE	16
2. 5 INTERVENCE U DĚTÍ S AUTISMEM	16
3. APLIKOVANÁ BEHAVIORÁLNÍ ANALÝZA	18
3. 1 ABA PROGRAM	19
3. 2 ABA METODY	20
3. 3 ZÁKLADNÍ TRÉNINK – POROZUMĚNÍ CHOVÁNÍ A ZÁKLADNÍ ASPEKTY UČENÍ.....	21
3. 4 PRINCIPY ABA.....	23
4. ZAHRANIČNÍ STUDIE TÝKAJÍCÍ SE ABA.....	27
4. 1 ABA A JEJÍ POTENCIÁL V LÉČBĚ DĚTÍ S AUTISMEM	27
4. 2 ZKUŠENOSTI RODIČŮ AUTISTICKÝCH DĚTÍ S ABA	28
4. 3 ABA INTERVENCE U AUTISTŮ V RANÉM DĚTSTVÍ	28
5. ERGOTERAPIE A JEJÍ VYUŽITÍ U DĚTÍ S AUTISMEM	29
5. 1 PRÁCE ERGOTERAPEUTA S AUTISTICKÝMI DĚTMI.....	30
5. 2 VYŠETŘENÍ.....	31
5. 3 SPECIÁLNÍ PEDAGOGICKÁ A TERAPEUTICKÁ PÉČE.....	32
5. 4 NÁCVIK SEBEOBSLUŽNÝCH DOVEDNOSTÍ.....	32
6. PRAKTICKÁ ČÁST	36
6. 1 CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	36
6. 2 ZÁKLADNÍ OTÁZKA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	36
6. 3 METODY SBĚRU DAT.....	36
6. 4 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	37
7. POPIS SAMOSTATNĚ NAVRŽENÉHO DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	38
8. KAZUISTIKY	Chyba! Záložka není definována. 39
8. 1 KAZUISTIKA Č. 1	39
8. 2 KAZUISTIKA Č. 2	43
9. POPIS AKTIVIT PRO HODNOCENÍ A TERAPII POMOCÍ ABA.....	48
10. VÝSLEDKY HODNOCENÍ	57
10. 1 SHRnutí VÝSLEDKŮ	63

11. DISKUZE	65
12. ZÁVĚR	68
13. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
14. SEZNAM PŘÍLOH.....	74
PŘÍLOHA 1	75
PŘÍLOHA 2	76

1. Úvod

Při výběru tématu své bakalářské práce jsem se snažila propojit obor, který studuji, tedy ergoterapii, a aplikovanou behaviorální analýzu využívanou v rámci léčby dětí s autismem, se kterou jsem se seznámila díky své pracovní stáži v pražském AUT – Centru.

Do tohoto centra, ve kterém jsem měla možnost pracovat s dětmi s poruchami autistického spektra a poruchami chování, jsem docházela každý týden po dobu patnácti měsíců a pracovala jsem zde jako asistent/terapeut s dětmi předškolního a mladšího školního věku, nejčastěji v rozmezí čtyři až devět let. Byla jsem součástí týmu psychologů, ergoterapeutů a studentů a společně s nimi se podílela na vymýšlení a vedení jednotlivých terapií malých klientů. Jako studentka jsem v centru pracovala nejdříve na pozici asistenta, kdy jsem pomáhala během terapií a zároveň se v praxi učila zásady a principy aplikované behaviorální analýzy. Po půl roce jsem byla schopna částečně vést dané terapie, při nichž jsem se střídala ve vedení s hlavním terapeutem. Během posledních měsíců mého působení v AUT – Centru jsem vedla již samostatně celé terapie za přítomnosti supervizora, který mi poskytoval zpětnou vazbu. Zařízení jsem navštěvovala vždy jeden den v týdnu pravidelně každý týden a pracovala zde v rozmezí dvou až šesti hodin, záleželo vždy na rozhodnutí ředitelky AUT – Centra.

V rámci této pracovní stáže jsem měla možnost získat praktické zkušenosti s vedením autistických dětí a snažit se tak porozumět jejich chování a potřebám. Na základě svých dosavadních ergoterapeutických zkušeností jsem vnímala možnost využitelnosti aplikované behaviorální analýzy v ergoterapii a z tohoto důvodu jsem se rozhodla zaměřit práci právě tímto směrem. Tento druh analýzy není v České republice při práci s autisty běžně používán. Pro její využívání v terapiích je potřeba časově poměrně náročný speciální výcvik, během kterého se terapeuti učí principy analýzy.

Cílem této bakalářské práce je zjistit, zda má aplikovaná behaviorální analýza pozitivní vliv na rozvoj sebeobsluhy u dětí s autismem. V teoretické části se věnuji popisu autismu, jeho projevům a etiologii. Také zde podrobně vysvětluji termín „aplikovaná behaviorální analýza“ a její praktické využití při práci s dětmi s autismem. Základní otázka bakalářské práce zní: „Má aplikovaná behaviorální analýza pozitivní vliv na rozvoj sebeobsluhy u dětí s autismem?“

Pro vypracování praktické části je použita metoda přímého pozorování. Jsou také využity konkrétní testy na hodnocení vybraných herních aktivit a sebeobsluhy

autistických dětí, které jsem samostatně vytvořila. Vzhledem k tomu, že v České republice neexistuje žádné vhodné hodnocení soběstačnosti dětí s autismem, rozhodla jsem se sestavit anglicky psaný dotazník, který jsem rozeslala do celkem pěti zahraničních zařízení pracujících s autistickými dětmi. Mým hlavním záměrem bylo zjistit, jaké testy na hodnocení soběstačnosti těchto klientů používají. Na mé dotazy reagovala pouze dvě z těchto center a dozvěděla jsem se tak, že tato zařízení soběstačnost dětí s autismem žádnými konkrétními testy nehodnotí. Na základě toho jsem zvolila možnost tvorby vlastních testů a k nim příslušící hodnotící škály.

Jedná se o kvalitativně – kvantitativní šetření. Praktická část obsahuje celkem dvě kazuistiky. Dále je zaměřena na pozorování a následné hodnocení dvou vybraných klientů, prostřednictvím kterých vyhodnocuji vliv aplikované behaviorální analýzy na rozvoj sebeobsluhy u dětí s autismem. Pro zpracování kazuistik jsem si zvolila dva klienty, dívku a chlapce, mladšího školního věku, se kterými jsem měla možnost pracovat v AUT – Centru nejčastěji, a to každý týden po dobu patnácti měsíců. Práci s nimi jsem vnímala také jako nejzajímavější, zejména s vybranou klientkou byly terapie velice specifické a dosti náročné. Velice dobrá spolupráce byla i s rodiči těchto klientů, kteří mi byli ochotni poskytnout všechny potřebné informace týkající se jejich dětí a zároveň i souhlasili s využitím těchto informací v bakalářské práci, včetně použití fotografií pořízených v průběhu terapií.

2. Charakteristika autismu

Před více než 60 lety Leo Kanner poprvé publikoval článek týkající se poruchy, kterou nazval „autismus“ (Fitzler a Sturmey, 2009). Kanner se domníval, že autismus je porucha velice podobná schizofrenii (Vocilka, 1996). Od té doby byl o tuto oblast ohromný zájem a začaly se dělat výzkumy na toto téma. Autismus je charakterizován jako deficit či nedostatek ve třech hlavních oblastech: chování, socializace a komunikace. U mnoho lidí s poruchou autistického spektra (dále PAS) se vyvine mluvení, ale u některých se nikdy nevyvinou funkční jazykové schopnosti. Bez ohledu na to, zda se u klientů vyvinou jazykové schopnosti, či ne, u pacientů s PAS je vždy náročné udržovat a vytvářet komunikaci (Fitzler a Sturmey, 2009). Autismem jsou častěji postiženi muži než ženy, a to v poměru 3:1 až 4:1 (Hrdlička a Komárek, 2004).

Autismus je označován jako pervazivní vývojová porucha, která narušuje po kvalitativní stránce osobnost člověka. Obvykle před třetím rokem života dítěte lze pozorovat jednotlivé příznaky autismu (Nesnidalová, 1995). Rodiče vnímají u těchto dětí jako největší problém potíže se spánkem, se sebeobsluhou, agresivitou a potíže s komunikací (Schopler, 1999). Děti postižené autismem bývají často velice hyperaktivní a během záchvatů zuřivosti se mohou sebepoškozovat například kousáním či tlčením hlavou (Vocilka, 1994).

Slovo autismus bylo po více než polovinu století označení, které se bralo jako doživotní diagnóza pro jedince, kterých se to týkalo. U většiny těchto lidí se očekával vážný a trvalý nedostatek v komunikaci, hraní, vztahu s ostatními a v učení. U velmi malé části lidí s autismem (méně než 5 %) může být očekáváno dosažení nezávislých funkcí, ale i u této velmi malé skupiny v mnohých případech přetrvávají alespoň nějaké autistické znaky (Maurice, Green a Luce, 1996).

2.1 Etiologie autismu

Leo Kanner charakterizoval v roce 1943 autismus jako vrozenou poruchu. Během 50. – 70. let ale začal převládat psychodynamický názor, tedy pohled, že symptomy autismu jsou důsledkem hlubokého emocionálního rozrušení nebo špatných vztahů s matkou. Tím pádem pak velmi často docházelo skrytě i otevřeně k obviňování rodičů za tuto dětskou poruchu. Naneštěstí pro děti s autismem a jejich rodiče docházelo v této době k léčbě, která se soustředila na rodičovo chování a jeho emocionální projevy k dítěti. Což vedlo ještě k většímu utrpení rodičů a vývoji kompletně nefunkčních

léčebných metod. Teprve v 80. a 90. letech se stal dominantní biologický výzkum. Tedy autismus a jeho syndromy jsou způsobeny vývojem mozku. Tento názor je dnes téměř obecně uznávaný mezi americkými vězkumníky (Maurice, Green a Foxx, 2001).

Je také pravděpodobné, že autismus je způsoben vícečetnými biologickými faktory (Schopler, 1999). Za předpokladu, že má vznik autismu biologickou podstatu, je tedy autistický fenotyp ovlivněn genetickými příčinami, nebo faktory vnějšího prostředí, či kombinací obojího. Na základě pozorování odborníků v současné době vyplývá, že zásadní důležitost ve vzniku této poruchy mají genetické faktory (Hrdlička a Komárek, 2004).

Každý gen v lidském těle má určitou fyziologickou funkci ve fungování organismu. Mohou však existovat různé varianty tohoto genu, takzvané alely, jež mohou způsobit ve svém nositeli rozvoj choroby (Hrdlička a Komárek, 2004).

2.2 Triáda postižení

Autismus je vývojová porucha a jeho klinický obraz se mění v čase. Klasická autistická otažitost od dalších lidí se pravděpodobně bude více projevovat u předškolního dítěte než u staršího jedince s autismem. Chování u staršího dítěte či dospělého s autismem může připomínat chování postiženého nebo hyperaktivního člověka více než chování člověka s autismem. Sociální zájem dítěte může vzrůst v období puberty (Maurice, Green a Foxx, 2001). Níže jsou uvedeny tři základní oblasti, ve kterých mají autisti potíže:

Problémy v oblasti komunikace

Mezi autistické problémy v oblasti komunikace patří potíže související s verbální interakcí a také s porozuměním, které zahrnuje řeč těla, mimiku a gesta. Autisti ve většině případů nechápu zejména význam komunikace, v čemž se výrazně liší autismus a například dysfázie, u které není narušena schopnost pochopit proč komunikovat. Lidé postižení autismem mají tedy sníženou schopnost chápat důvody interpersonální komunikace (Gillberg a Peeters, 1998). Dle Richmana (2006) existuje kvantitativní i kvalitativní postižení řeči, což se projevuje kupříkladu monotónní řečí, echolálií či neschopností intonace.

Problémy v oblasti sociálního chování

Chápání sociálních vztahů je pro děti postižené autismem ještě více komplikované a abstraktní než interpersonální komunikace. Autisti nemají totiž schopnost empatie, tedy schopnost vcítit se do jiných lidí, jako zdraví jedinci (Jelínková, 2001). Neorientují se v sociálních vztazích a s nimi i souvisejícímu významu dle situace, prostředí a partnera, který se v závislosti na nich mění (Peeters, 1998). U jednotlivých dětí s PAS se porucha sociální interakce zřetelně liší (Thorová, 2006).

Problémy v oblasti představivosti

U jedinců postižených autismem je narušeno symbolické myšlení. Mají schopnost chápat symboly jen do jisté míry. Autisti jsou poměrně dost vázání na realitu. Problémy s imaginací jsou velice dobře viditelné ve způsobu hry u autistických dětí a při činnostech ve volném času. Tyto děti mají totiž své zaseté stereotypy a vzory chování, které se při těchto hrách a aktivitách dají pozorovat (Gillberg, 1998). Některé děti s autismem sice dokážou vytvářet originální umělecká díla (například kresby měst), ale tyto nejsou založena na jejich vlastní představivosti, ale vycházejí z toho, co již někdy v životě viděli (Sacks, 1995).

2.3 Nejčastější poruchy autistického spektra

Mezi nejčastější poruchy autistického spektra patří „Dětský autismus“ (také nazývaný jako „Kannerův syndrom“ nebo „Klasický autismus“) a „Aspergerův syndrom“. Tyto dva nejběžnější typy jsou níže podrobněji rozebrány:

Dětský autismus (Kannerův syndrom, Klasický autismus)

Klasický autismus je jádrem poruch autistického spektra. U této formy autismu bývá přítomna lehká až těžká forma mentální retardace. Tato porucha má výrazné symptomy v každé části triády. Problémy se tedy objevují v oblasti sociální interakce, komunikace a také imaginace (Thorová, 2006).

Aspergerův syndrom

Na rozdíl od klasického autismu není u této poruchy přítomna mentální retardace. Děti s Aspergerovým syndromem mají obvykle dobrou slovní zásobu, jejich řeč je ale často mechanická a výrazy, které používají, se podobají výrazům dospělých

lidí. Mají problémy zejména se sociální interakcí, a proto je to právě mateřská škola, kde bývá poprvé zjištěno, že má dítě problémy (Thorová, 2006).

2.4 Vliv autismu na vztahy a fungování rodiny postiženého dítěte

Již před prvními narozeninami je možné pozorovat abnormální vývoj v sociálních vztazích dítěte (Jelínková, 2000). Pokud se rodičům narodí postižené dítě, ocitnou se najednou v situaci, kterou neočekávali a kterou neznají. Je pak velice důležité, jak se rodina s nově vzniklou situací vyrovná, neboť přístup rodiny je pro vývoj dítěte s postižením klíčový (Hrdlička a Komárek, 2004). Může nastat i situace, kdy se dítě narodí do dysfunkční rodiny. Spolupráce terapeuta s rodinou je pak velice obtížná. Terapeut se v tomto případě zaměřuje na zajištění alespoň základních potřeb dítěte s autismem (Schopler a Mesibov, 1997). Když rodiče zaznamenají změny v chování svého dítěte, je to pro ně v naprosté většině případů obrovský šok. Začnou se objevovat otázky, které se týkají míry postižení dítěte, naděje na vyléčení, výhledu do budoucna a také vlivu postižení na vztahy v rodině (Schopler, 1999). Jedinci s autismem vyžadují péči po celý život. Pro rodiče je práce s takto postiženými dětmi velice náročná, neboť se mohou cítit dítětem odmítáni. Ve vztahu rodič – dítě totiž chybí vřelý emocionální vztah (Peeters, 1998). Děti s autismem bývají označovány za „odlidsťené“ (Švarcová, 2003). Rodiče se s postižením svého dítěte nikdy zcela nesmíří a budou stále hledat způsoby, jak by mohli svému dítěti pomoci. Péče o takto postižené děti je jak časově, tak i psychicky dosti náročná. Může tak i dojít k rozpadu manželství či partnerského vztahu. Autisti jsou odlišní a mají právo být odlišní. Úkolem ostatních lidí není jejich přetvoření, ale dokázat, aby se tito jedinci naučili žít se svým postižením. Odborníci se snaží vysvětlit rodičům, že jejich děti jsou jiné, ale nejsou horší. Lidé s autismem mohou žít šťastný život, jen je pro ně podstatné naše porozumění a pomoc (Hrdlička a Komárek, 2004).

2.5 Intervence u dětí postižených autismem

Intervenční proces u dětí s autismem zahrnuje léčbu psychologickými a výchovnými prostředky. Jsou využívány zejména poznatky z oblasti vývojové, kognitivní a behaviorální psychologie a také speciální pedagogiky. V současné době se po celém světě zajímá o autismus mnoho odborníků. Rozvíjí se rychle výchovné a vzdělávací intervence a odborníci jsou také schopni lépe porozumět mentálním a hlavně kognitivním problémům, kterými je autismus provázen (Hrdlička a Komárek, 2004).

Autisti chápou okolní svět jako chaos, který jim ztěžuje orientovat se v čase, prostoru a také v událostech. Pokud je terapeutickým záměrem, aby takto postižené děti byly schopny přijímat informace a učit se, je důležité upravit prostředí kolem nich tak, aby jim dodávalo jistotu (Jelínková, 2004).

Dle Hrdličky a Komárka (2004) existují tři hlavní linie intervence využívané při práci s dětmi s poruchou autistického spektra, které se vzájemně prolínají. „Adaptivní intervence“ zlepšuje adaptabilitu dítěte. Terapeut podporuje vývoj opožděných oblastí a současně žádoucím směrem posiluje rozvoj dovedností, které dítě již získalo. Díky tomu je možno předcházet prohlubování nerovnoměrností ve vývoji těchto jedinců. Jako příklad lze uvést, že pokud dítě, které zatím není schopno mluvit, naučíme prvky alternativní komunikace, narůstá tak větší šance, že u něho v budoucnu nebudou rozvinuty těžké poruchy chování. Další linií intervence je „preventivní intervence“, kdy terapeut přizpůsobí již od počátku práce s dítětem prostředí tak, aby bylo vyhovující pro kognitivní styl a percepční problémy tohoto dítěte. Cílem terapeuta je vytvořit dítěti prostředí, ve kterém se bude cítit bezpečně a neohroženě. Dítě je tak schopno lépe přijímat nové informace a také je méně pravděpodobné problematické chování. Poslední intervencí je následná intervence, kdy nejběžnějším cílem terapeuta je odstranění sebepoškozování, agresivity a stereotypního chování.

Většina lidí s autismem vyžaduje rozsáhlou léčbu a podporu v průběhu jejich životů. Dnes je obecně uznávaný názor, že autismus je vážná omezující celoživotní vývojová porucha. Je považována za léčitelnou. Samozřejmě existuje dnes široké spektrum různých léčeb, terapií a technik a další jsou vyvíjeny (Maurice, Green a Luce, 1996). Mezi účinné terapie při práci s autistickými dětmi patří takzvaná „aplikovaná behaviorální analýza“.

3. Aplikovaná behaviorální analýza

„Aplikovaná behaviorální analýza (dále ABA) je definována jako terapie, která používá systematické metody, nástroje, techniky a strategie pomáhající redukovat nevhodné chování a nahrazovat je alternativním (vhodným) chováním. Souběžně se pracuje na nových dovednostech, aby dítě lépe zvládlo adaptaci ve svém i novém prostředí, sebeobsluhu, komunikaci, učení, hru a sociální interakci. Dovednosti jsou učeny strukturovaně i kreativním způsobem a na zvládnuté dovednosti navazuje nácvik dalších dovedností ve všech oblastech vývoje, aby se dosáhlo co nejlepších výsledků“ (Vaculíková, 2013).

ABA je přístup, který se využívá ke změně sociálně nevhodného chování. Využívá vědecky prokázané principy o vzdělávání, aby byly vyvolány tyto změny (Kearney, 2008).

ABA je do jisté míry podobná kognitivně behaviorální terapii (Šilarová, 2006). Kognitivně behaviorální terapie lze charakterizovat jako druh psychoterapie, který kombinuje změnu chování a kognitivní terapii. Zaměřuje se především na poznávání, emoce a chování (Boyes, 2008). Základní odlišnost spočívá v tom, že ABA, na rozdíl od kognitivně behaviorální terapie, nepočítá s vůlí klienta. ABA se tak stává vhodným přístupem pro práci s jedinci postižených autismem. Při využívání ABA není vyžadována ochotná spolupráce klienta (Šilarová, 2006). V podstatě se jedná o direktivní přístup.

Obor ABA je založen na 50 letech vědeckých výzkumů a stále se vyvíjí na základě nových poznatků (Maurice, Green a Luce, 1996).

Několik studií dnes dokazuje, že jeden léčebný postup, tedy rané intenzivní užívání metod ABA, může vést k výraznému zlepšení dětí s autismem, úspěšnému zapojení do normálních škol a u některých jedinců i k úplně normálnímu fungování. Dokonce existují bohaté vědecké důkazy, že ABA metody (jinak nazývané také jako behaviorální intervence či behaviorální léčba) mohou vést k znatelným a trvalým zlepšením v mnoha vlastnostech a dovednostech u většiny lidí s autismem bez ohledu na věk. Žádná jiná léčba nenabízí srovnatelné důkazy o efektivitě. Přes tyto důkazy je mnoha rodinám s autistickými dětmi mylně říkáno, že všechny léčby a postupy jsou stejně efektivní nebo ještě nepřesněji, že behaviorální intervence jsou neúčinné a škodlivé (Maurice, Green a Luce, 1996).

3.1 ABA program

Jak uvádí Fovel (2002) ve své publikaci, ABA program má jako většina kvalitních vzdělávacích programů určité charakteristiky. Pro ABA program je důležitá objektivita a analýza dat výchovných a vzdělávacích strategií. Již zmíněné charakteristiky lze shrnout do čtyř základních bodů, které jsou uvedeny níže.

Klíčové charakteristiky ABA programu dle Fovela (2002):

1) Stanovit základní úroveň znalostí

Pozorování a opakované měření úrovně znalostí klienta je dosaženo na začátku přijímacího řízení programu a zaznamená se, které vlastnosti má zvládnuté perfektně, které částečně a které jsou zatím nedostatečné. Klientovy preference a jeho rysy chování jsou také vyhodnoceny.

2) Specifikovat vhodný terapeutický plán

Terapeutický plán se specifikuje v několika oblastech na základě klientova věku, silných stránek a jeho potřeb. Plán zpočátku většinou obsahuje důraz na jazyk, sociální dovednosti, hru a umění jak se učit. Vývoj těchto počátečních dovedností tvoří základ pro pozdější zvládnutí více komplexních a složitějších činností. Plán se pak odvíjí od klientových vývojových potřeb a schopností se silným důrazem vzhledem k přirozenému prostředí.

3) Vytvářet časté příležitosti pro vzdělávání

Každá minuta klientova dne se počítá. Vzdělávací činnosti jsou strukturovány tak, aby maximalizovaly příležitost klienta pro zapojení nového vzorce chování, které bude více posíleno a podmíněno v různých variantách v průběhu dne. Schopnosti jsou rozděleny na malé části a klient je vystaven mnoha příležitostem pro procvičování těchto vlastností následovaných smysluplnými a motivujícími odměnami za dobrou práci.

4) Průběžné vyhodnocování procesu

Jedním ze stěžejních cílů ABA programu je průběžně vyhodnocovat výkon a pokrok klientů díky sbírání dat. Každý den se posbírají data ohledně klientova výkonu ve všech oblastech a porovnají se s připravenými kritérii pokroku. Terapeut postoupí k další úrovni hned, jak se dosáhne kritérií k tomu nutných. Tím se minimalizuje zdržení a zrudění. Nedostatek pokroku je snadno rozpoznatelný v datech, díky kterým lze snadno a rychle revidovat neproduktivní metodologii.

3.2 ABA metody

ABA využívá metody na základě vědeckých principů chování k vytvoření sociálně použitelného chování a k omezení problematického chování. Z úhlu pohledu behaviorální analýzy je autismus syndrom pro nedostatky v chování a excesy, které mají neurologický základ, ale lze vyvolat změnu v reakci pečlivě připraveným postupem naplánovaných interakcí s okolím. Rozsáhlé výzkumy ukázaly, že děti s autismem se neučí dobře v typickém prostředí, ale mnohé z nich se mohou naučit mnohem více s odpovídajícími instrukcemi. Behaviorálně analytická léčba pro děti s autismem se soustředí na učení malých měřitelných částí každého chování či zvyku systematicky. Každá vlastnost, kterou autistické dítě postrádá (od jednoduchých reakcí, jako dívat se na ostatní, po komplexní chování, jako je spontánní komunikace a sociální interakce), je rozložena do malých kroků. Každý krok je učen specifickým souborem instrukcí. Ze začátku je možné přidat jednoduchou fyzickou podporu, aby se dítěti snadněji začalo, ale je nutné ji rychle odbourávat, aby se na ní posléze dítě nestalo závislé. Vhodné a požadované reakce jsou následovány důsledky, které posilují pravděpodobnost této chtěné reakce více a znovu (Maurice, Green a Luce, 1996).

Jedna z nejvyšších priorit je, aby učení bylo pro dítě zábavné. Následující prioritou je, jak naučit dítě odlišovat své jméno mezi dalšími podněty. Další prioritou je, aby dítě umělo rozlišit vhodné a nevhodné chování. Problematické chování, jako je sebepoškozování, uzavření a děláni scén, jsou důrazně neposilována, což často vyžaduje systematickou analýzu k vyhodnocení toho, co skutečně způsobuje a spouští tyto vzorce chování a co toto chování posiluje. Je preferováno, aby dítě bylo vedeno a zapojeno vhodným chováním, které není kompatibilní s tím problematickým (Maurice, Green a Luce, 1996).

Výuka se testuje opakovaně mnohokrát, v začátcích velmi často, dokud dítě nereaguje chtěnou odezvou dostatečně včas bez jakéhokoli pobídnutí terapeuta. Reakce dítěte se zaznamenávají a vyhodnocují na základě konkrétních podmínek a definic. Tato data jsou většinou zaznamenána v grafu pro lepší obrázek růstu dítěte, který tak umožňuje rodiči či učiteli upravit výukové postupy, kdykoli data ukazují, že dítě nekoná dostatečné pokroky. Časování a tempo výukových lekcí tréninkových příležitostí a důsledku je pečlivě vyhodnoceno a naplánováno pro každé dítě a každou vlastnost. Díky tomu mohou být instrukce velmi individuální a ušité na míru každého dítěte a jeho učebního stylu a tempa (Maurice, Green a Luce, 1996).

3.3 Základní trénink - porozumění chování a základní aspekty učení

Chování je slovo, které je používáno velmi často. Většina lidí považuje za jasné, že ví, co toto slovo znamená, ať už jej slyší nebo vidí někde použité. Lze obecně říci, že chování je způsob, kterým jedinec jedná. Dále může být chování vysvětleno také takto: Chování je vnější i vnitřní pozorovatelné a měřitelné jednání organismu (Kearney, 2008).

Spousta odborných knih byla napsána na téma učení se a byly navrženy různé teorie. Jako praktickou definici učení lze použít následující: Učení je jakákoli relativně trvalá změna v chování, kterou způsobuje interakce s prostředím. Prostředím se myslí louky, oceány, stromy, řeky a další části přírodního prostředí. V souvislosti s chováním jsou také důležité i jiné části prostředí, jako jsou lidmi vytvořené objekty (například počítače, knihy), ale i okolní lidé a jejich chování. Toto je vše součástí prostředí, které může člověka ovlivnit (Kearney, 2008).

Je důležité, aby terapeuti, učitelé a rodiče, kteří jsou součástí ABA programu, věděli, jak učit (a tedy nejen to, co by mělo být učeno), a osvojili si dostatečné porozumění chování a co jej způsobuje. Toto je důležitý základ (Fovel, 2002). Možný a Praško (1999) uvádí, že ABA (vycházející z teorie učení) předpokládá, že dané chování je vyvoláno určitými faktory, které toto chování spouštějí a předcházejí mu, a dále také faktory, které toto chování udržují a následují po něm. Hrdlička a Komárek (2004) vyjádřili ve své publikaci tento předpoklad vztahem:

$$A \rightarrow B \rightarrow C$$

$$\uparrow \quad _ \quad |$$

A (antecedent) – spouštěč, B (behavior) – vlastní chování, C (consequence) – následek, zpevňovač

Dle Fovela (2002) má aplikovaná behaviorální analýza dvě ústřední témata, a to změnu chování způsobenou důsledkem a změnu chování způsobenou předchozími podmínkami (spouštěči). Tato témata jsou níže konkrétněji specifikována:

Důsledek jako způsob změny chování

Chování je pozorovatelný pohyb organismu. Každé chování má své příčiny a důsledky. Chování je někdy způsobeno minulostí, tedy příčinou v minulosti, nebo očekávanými důsledky. Nelze se na chování dívat samostatně, ale vždy tak, jako že

příčina způsobuje chování a to je následováno svými důsledky. Jako příklad důsledku může být, že zmrzlina je odměna, ve kterou dítě doufá. Pokud spolehlivě následuje zmrzlina jako odměna nějakého chování (= důsledek), můžeme očekávat více tohoto chování i v budoucnu. Dalším příkladem může být hněvání se matky (= důsledek) za to, že její syn ochutnával dort ještě před večeří. To má způsobit sníženou pravděpodobnost, že se to bude opakovat v budoucnosti. V těchto příkladech je chování následováno typickým důsledkem, který tak ovlivňuje v budoucnu opakování daného chování. Toto je myšleno termíny „minulost posilující (podporující) a „minulost trestající“. Pravidelné působení jistých typů důsledku k specifickým typům chování zvýší či naopak sníží pravděpodobnost opakování tohoto chování v budoucnu.

Předchozí podmínky (= spouštěče) jako způsob změny chování

Techniky na změny chování (= předchozí podmínky) označujeme za proaktivní, pokud se použijí před daným chováním a mají ten efekt, že chování se vyskytuje více či méně často (dle toho, zda jej chceme posilovat či redukovat). Jako příklad lze uvést, že nepozorné či rušivé chování se minimalizuje, pokud se sníží míra hluku okolního prostředí. Dalším příkladem může být, že čtení lze propagovat vystavováním barevných obrázků a plakátů ze zajímavých knih. Níže je uveden seznam hlavních technik pro ovlivňování předchozích podmínek v rámci výukového prostředí:

- 1) udržovat klienta zaneprázdněného (= dávat svižné instrukce, posilovat chtěné alternativní chování)
- 2) mít připraveno dostatek variant pro posilování daného chování (= být připraven tyto varianty používat)
- 3) eliminovat negativní vlivy
- 4) upravit výukové prostředí tak, aby se snížila šance nechtěného chování
- 5) maximalizovat možnost volby klienta
- 6) podporovat připravenost (= zařídit, aby klient měl dostatečné schopnosti ještě před tím, než s ním zamýšlený úkol terapeut provádí)
- 7) učit bezchybně (= analyzovat každý krok, který chce terapeut klienta naučit, do jednotlivých dílčích částí)
- 8) podporovat v klientovi pocit, že je kompetentní (= nechat ho každý den udělat něco, co dobře zvládá, aby měl pocit, že je kompetentní)
- 9) vědět, jaká je negativní chování (= co a kdy je vyvolává)

10) rychlé zákroky (= negativní chování jsou snadno ovlivnitelná, když je očekáváme a jsme na ně připraveni s rychlou reakcí)

11) vnímat klienta (= to, jak se klient projevuje je nejlepším indikátorem)

12) být v pohodě (= klienti často totiž kopírují chování svých učitelů/terapeutů)

Spouštěcí podněty mohou být buď vnitřní či vnější. Vnitřním spouštěčem je to, co dítě prožívá chvíli před začátkem problémového chování. Může jím být kupříkladu emocionální stav či konkrétní potřeba. Naopak vnějším podnětem je to, co dítě obklopuje před vypuknutím problémového chování. Může se jednat o lidi, zvířata nebo předměty, které se vyskytují v jeho blízkosti, ale také o chování lidí v jeho okolí a podobně (Hrdlička a Komárek, 2004).

Metodologie změny chování má dvě důležité části, kterými jsou techniky (tedy konkrétní postupy, které se používají) a principy (tyto stojí de facto „za využívanými technikami“). Například odměňování za dané chování je princip, ale předání něčeho sladkého je už konkrétní technika, která má ovlivnit chtěné chování. Díky tomu, že se ABA stala populární a oblíbená, vzrostl i zájem o tuto oblast a především o techniky, které se zde používají. Originální myšlenky a kreativní metodologie vedly k velkému pokroku, jak v ABA výzkumu, tak i v klinické práci. Bez nového vývoje by se tato oblast stala statická a ve výsledku by tak selhala ve snaze vyřešit komplexní problémy, které stále zůstávají. Důležité je vědět, proč se dané techniky používají, a nejen to, jak se mají používat. A již po dlouhou dobu se lidé v pozadí ABA úspěšně brání jednoduchému přístupu k metodologii, tedy jednoduchému používání technik změny chování bez předchozí analýzy důvodů vyvolávajících toto chování. Používání technik bez předchozího zhodnocení může vést k nedorozuměním a mylnému použití technik ABA. Dobrý ABA program tedy vhodně kombinuje metodologii (= jak vhodným způsobem dosáhnout u klienta požadovaných schopností, kterým se učí, včetně porozumění minulosti rušivého chování) a potřeby pro systém, změnu a tempo (Fovel, 2002).

3.4 Principy ABA

Principy chování, jako je posilování chtěného chování a trestání nežádoucího chování, byly použity při učení jedinců v oblasti všedních denních schopností a jazyka. ABA se prokázala jako velice účinná metoda u dětí s PAS (Fitzer a Sturmey, 2009).

Celkovým cílem ABA je naučit dítě, jak se učit v normálním prostředí a jak reagovat tak, aby to pravidelně produkovalo pozitivní výsledky pro dítě, jeho rodinu i ostatní. Efektivní a etické použití ABA metod vyžaduje speciální trénink, který by měli absolvovat rodiče, kteří o to stojí. Jako jakákoli léčebná procedura i tato může být zneužita, ať už úmyslně či neúmyslně. Je velmi důležité mít kompetentního trénovaného behaviorálního experta, supervizujícího behaviorální léčení z několika důvodů. Výzkumy ukazují, že stereotypní, rušivé a destruktivní reakce jsou často provokovány specifickými (ale ne často zřejmými) událostmi a udržovány smyslovými podněty, pozorností ostatních, požadavky a tlaky nebo jejich kombinací. Jedinci, kteří mají dobrý záměr, ale neznají tyto výzkumy, mohou na změnu chování dítěte reagovat způsobem, který ve skutečnosti zhoršuje problematické chování. Například poskytnou-li dítěti pozornost, smyslové vjemy nebo jinou možnost pro útek z požadavků, může to zvýšit pravděpodobnost sebepoškozování. Navíc procedury, které jsou určeny k redukci nevhodného chování, mohou být snadno zneužity. A pokud nejsou prováděny odborníkem a pravidelně vyhodnocovány, mohou ohrozit základní práva dítěte a velmi zhoršit jeho chování. Také je důležitá pravidelnost procedur, včetně vhodné spolupráce rodičů a profesionálů (Maurice, Green a Luce, 1996).

Posilování chtěného chování

Jak uvádí ve své publikaci Fitzer a Sturmey (2009), cílem většiny behaviorálních terapií u dětí s PAS je posílit a podpořit chtěné chování a odstranit faktory, které posilují nežádoucí chování. Z teorie učení vyplývá, že chování je výsledkem kombinace předchozích okolností, reakcí a důsledku. Pokud něco vede k zvýšení pravděpodobnosti chtěného chování v budoucnosti (jako výsledek nějakého důsledku), tento důsledek se označuje za posilující. Posilování chování je dvojího typu, a to pozitivní posilování a negativní posilování chování:

a) Pozitivní posilování

Pozitivní posilování zahrnuje opakování podnět, který způsobuje posílení chtěné reakce jedince. Například pokud učíme dítě s PAS pokládat otázky o jeho prostředí, tak dítě dostane kus ovoce za každou spontánní otázku. Toto dítě bude pak v budoucnu klást více otázek a tím potvrdí, že odměna v podobě kusu ovoce zafungovala a bylo tak podpořeno chtěné chování dítěte. Což potvrzuje podání ovoce jako pozitivního posilování chování. Posily rozdělujeme na primární a podmíněné. Dle toho, jestli bylo

potřeba vytvořit si vazbu, nebo to fungovalo automaticky od začátku. Primární posily jsou tedy ty, o kterých se jedinec nemusel naučit, že jsou motivující (tzn. takové, které jsou nutné pro život, jako je kupříkladu spánek, jídlo, voda, teplo). Pokud používáme primární (=vrozenou) posilu a použijeme zároveň i pochvalu, tak za nějaký čas se pochvala podmíní jako posilující. Obecné podmíněné (= sekundární) posily jsou pochvala, přívětivé chování, pozornost a pozitivní výraz v obličeji. Protože podmíněné posily velmi často nefungují u dětí s PAS, jídlo a pití se používá pravidelně především zpočátku jako posila. Je ovšem vhodné ihned ze začátku zapojovat i sekundární posily jako úsměv a slovní pochvala. Pro zesílení účinku sekundárních posil se přidává další podnět jako například hračka, nálepka nebo slovní ohodnocení ve stejný moment jako primární posila. Když učíme dítě například vyslovovat, tak dostane sušenku a terapeut se usměje a řekne: „Dobrá práce“. Ale toto se musí říci přesně během toho, co se dítěti předává sušenka. A tak skrz podmiňování (=úsměv, vyslovení „Dobrá práce“) se mohou stát sekundární posilou, která bude dítě motivovat.

b) Negativní posilování

Negativní posilování je odebrání nějakého podnětu, které způsobí vyšší pravděpodobnost stejného chování v budoucnosti. Daný podnět je většinou nepříjemný, proto také jeho odstranění podpoří a posílí cílené chování. Příkladem negativního posilování u dětí s PAS může být nátlak terapeuta na klienta provést určitou činnost a potřeba klienta utéct tomuto nátlaku. Pokud pak v budoucnu tento nátlak vymizí (= negativní podnět), je pravděpodobnější, že klient tuto činnost vykoná.

Efektivita posilování

Efektivitu posilování určuje mnoho faktorů: jak často se posilování provádí, kvalita posilování, bezprostřednost posilování a také jaké úsilí musí klient vynaložit k tomu, co chtěl terapeut posílit. Tyto faktory určují, zda jednotlivec zareaguje, tak jak terapeut chce, či zda zareaguje jinak. Kromě výše zmíněných faktorů je pro větší efektivitu posilování důležitá také důslednost tohoto posilování (Fitzer a Sturmey, 2009).

V dřívějších dobách behaviorální analytici ukázali, že existují výjimečné tréninkové programy, které mohou být úspěšné u některých verbálně opožděných dětí. Později tedy začali klást důraz na použití přirozeně se vyskytujících motivačních podmínek k přiměnění dítěte, aby se chovalo žádoucím způsobem a aby také žádoucím

způsobem mluvílo. Jako příklad lze uvést, že dítě musí požádat o hračku, která je uložena tak vysoko na polici, že na ni samo nedosáhne (Green, Douglas a Ross, 2008).

V některých případech se zdá, že ABA dokonce pomůže některým dětem překonat autismus, tedy že již přestanou být autisty. Existuje stále více vědeckých důkazů, že při správném aktivním zapojení s prostředím se mozek může sám vyléčit, vytvořit nová nervová spojení a překonat zaostalost. Pokud tedy „vyléčit“ znamená odstranit příčinu autismu, pak v tomto případě není autismus vyléčitelný, protože dosud nebylo dokázáno a identifikováno s dostatečnou jistotou, co způsobuje autismus. Ale pokud „vyléčit“ znamená obnovit zdraví nebo znovu nastolit normální podmínky zdraví, pak některé děti mohou být dovedeny až do stádia, kdy nevykazují charakteristické známky autismu, tedy jako by se dostaly do zdravého stavu normálního fungování po jazykové, sociální i intelektuální stránce (Maurice, Green a Foxx, 2001).

Autismus a medikace

Vhodně použitá ABA může zabránit medikaci klientů, která slouží stejně jen ke zmírnění daných příznaků, jako je například agresivita (Šilarová, 2006). Vyvolávat změnu prostřednictvím aplikování léků nemá spolehlivé účinky a často to obsahuje vedlejší efekty, které mohou být i nenávratné (Kearney, 2008).

4. Zahraniční studie týkající se ABA

Do své bakalářské práce jsem také zahrnula celkem tři zahraniční studie. První z nich se zabývá potenciálem ABA v léčbě dětí s autismem. Druhá popisuje zkušenosti rodičů autistických dětí s ABA a třetí studie se týká ABA intervence u autistů v raném dětství.

4.1 ABA a její potenciál v léčbě dětí s autismem

Tvrzení, že ABA je nejsilnějším přístupem pro léčbu autistického chování, je zaručeno četnými vyšetřeními. Proces ABA je velmi systematický. Nejprve jsou děti individuálně analyzovány a je hodnoceno chování, které je potřeba změnit. Jakmile je chování identifikováno, jsou stanoveny intervenční strategie, které vyhovují dané situaci a slouží k úpravě chování. ABA byla zavedena v různých oblastech vzdělávání, včetně osvojení si jazyka, a v oblasti každodenních sebeobslužných dovedností. ABA má nejlépe zdokumentované údaje o výsledcích podporující tento přístup. První pozitivní výsledky ABA u jedinců s autismem byly prokázány v roce 1960, kdy strategie ABA pomohla zvýšit požadované chování a snížit nežádoucí chování. Prostřednictvím zvýšené žádosti o ABA strategie veřejnost ukázala, že uznání ABA technik bylo velice rozšířeno. Zjištění uvádějí, že ABA způsobuje i lepší výsledky standardizovaných testů prováděných u dětí s diagnózou autismus. Mnozí vědci se shodují, že nejúčinnější strategií pro autistické děti je použití intenzivní intervence, která je použita ve vysokých dávkách. ABA zlepšuje také studijní styl u dětí s autismem. ABA se v průběhu let samozřejmě neobešla bez kontroverzí. Ačkoli jsou odborníci, kteří konstatují, že ABA je jediný způsob, jak učit autistické děti, jiní budou bránit různé další procedury a tvrdit, že existuje celá řada jiných metod léčby autismu, které obsahují dokumentované důkazy o tom, že tato léčba funguje. Jako příklad jiných metod, které byly testovány u lidí s autismem, lze uvést kasein bez stravy, smyslová integrace a sluchová integrace. Studie však ukazují, že ABA je stále velmi mocná léčba, ale nemusí to vždy znamenat jen dosažení požadovaných výsledků. Léčba autismu závisí na individuálních potřebách a rodinných možnostech. Nejvíce vědecky účinná léčba je založena na modelu chování, který je prováděn intenzivně a od časného dětského věku (Schoen, 2003).

4.2 Zkušenosti rodičů autistických dětí s ABA

Další studie, kterou zde uvádím, se zabývala účinností ABA u dětí s poruchou autistického spektra a zkušenostmi jejich rodičů s touto analýzou. ABA bývá označována jako zlatý standart pro léčbu dětí s tímto typem postižení ve velké části severní Ameriky. Což ale neplatí pro stejně velkou část Evropy – zde ABA nepatří mezi základní druhy terapií u autistů. V této studii byl zkoumán výsledek ABA u 15 evropských rodin s autistickými dětmi. Výsledky studie byly značně pozitivní. Rodiče pozorovali, že ABA měla na děti s autismem vliv v oblastech, jako jsou sociální dovednosti, změna problémového chování, komunikace, jemná a hrubá motorika, koncentrace, interakce, nezávislost a celková kvalita života (McPhilemy a Dillenburger, 2013).

4.3 ABA intervence u autistů v raném dětství

Výsledky této studie naznačují, že dlouhodobý, komplexní ABA zásah vede k pozitivním účinkům z hlediska duševního fungování, vývoje jazyka, adaptivního chování, získávání každodenních dovedností a sociálních funkcí u dětí s autismem. Od poloviny 80. let 20. století se hromadí důkazy o tom, že ABA intervence je přínosná pro verbální, intelektuální i sociální fungování dětí postižených autismem. Léčba může začít již v raném dětském věku (ve třech až čtyřech letech života dítěte), zásah je intenzivní a individuální a dochází ke komplexnímu zaměření na širokou škálu dovedností. Pozitivní výsledky byly zaznamenány pro každodenní dovednosti, studijní výsledky a také pro komunikační dovednosti. Ačkoli byly příznivé účinky ABA patrný ve všech výše zmíněných oblastech, výsledky související s jazyky (expresivní jazyk, komunikace) byly výrazně lepší než non-verbální komunikace, sociální fungování a prospívání v každodenních činnostech. Takové výsledky byly obzvláště pozoruhodné, neboť kvalitativní poruchy v komunikaci jsou jedním z hlavních rysů autismu. Studie také naznačuje, že díky ABA intervenci mají děti větší šanci na integraci do školy bez další odborné pomoci. Přesná kvantifikace ABA intervenční účinnosti není v současné době k dispozici (Virués-Ortega, 2010).

5. Ergoterapie a její využití u dětí s autismem

Ergoterapeutické techniky byly u dětí s autismem poprvé použity v šedesátých letech dvacátého století Dr. Jean Ayresovou, zakladatelkou senzorycké integrace. Ergoterapie se u autistů zaměřuje na tyto následující oblasti: na hrubou a jemnou motoriku, hru, socializaci a senzoryckou integraci. Tyto jednotlivé oblasti jsou níže rozvedeny (Ritvo, 2006):

Senzorycká integrace

Tato léčba pomáhá dítěti v uspořádání a zpracování senzoryckých informací. Mnoho dětí přespříliš nebo nedostatečně reaguje na smyslové vjemy. Senzorycká integrace učí dítě kompenzovat vývojové zpoždění v části mozku, která ovlivňuje a reguluje intenzitu přichozích vjemů. Například mnoho autistických dětí má strach z výšek. Některé se rády točí, zatímco jiné mají strach z tohoto pohybu. Některé děti zůstanou na houpačce celý den, některé se jí ale bojí. Terapeut používá speciální cvičicí nástroje, kde každý kus je speciálně připraven nebo upraven jednotlivému specifickému problému. Dítě se postupně naučí ovládat strach. Další senzorycké symptomy, které se řeší, se mohou týkat přílišné či nedostatečné citlivosti na dotyk a bolest. Terapeut se u dítěte snaží vždy dosáhnout správné intenzity senzorycké stimulace a postupně pomalu přidávat (Ritvo, 2006).

Hrubá a jemná motorika

Některé autistické děti mají opožděný vývoj hrubé motoriky, jako je běhání, skákání a chození. Vývojové vady se mohou objevit i v jemné motorice, jako může být kupříkladu uchopení tužky nebo lžice, zapnutí si knoflíku a zavázání si tkaničky u boty. Pro děti se speciálními potřebami existuje velké množství kompenzačních pomůcek, které jsou doporučovány ergoterapeutem a umožňují jim snadnější provedení těchto činností. Ergoterapeuti vymýšlí speciální programy a vytváří unikátní pomůcky pro pomoc pacientů s autismem (Ritvo, 2006).

Hra a socializace

Problémy v komunikaci a s ní další spojené komplikace, jako je sociální slepota, potřeba zůstat mimo, strach z intimity, se léčí v malých skupinách, ve kterých je tři až šest dětí. Ve skupinách jsou chlapci i děvčata a jsou zváni i neautistické děti. Pod

dohledem hrají kupříkladu karetní hry, staví stavebnice a záměrem tohoto učení je vykonávat spolupracující činnosti. Sdílet prostor, vybavení, nápady a vedoucí role jsou nejdůležitější témata. Terapeut identifikuje a vysvětluje pocity, jako jsou žárlivost, vztek, frustrace, empatie a potřeba představit si, jak se druhý cítí. Cíle zahrnují: sociální uvědomění, vnímání náznaků chování, cítit se komfortně a kompetentně ve společenských situacích a nové způsoby myšlení o sobě a ostatních. Pro teenagery se dělají cvičení, jak jíst v restauracích, jak se chovat na rockovém koncertě, účastnit se školních aktivit a podobných společenských událostí. Cílem je vždy naučit dítě rozpoznat sociální podněty, význam gest, tón hlasu a také vědět, jak blízko stát u druhé osoby. Je důležité se naučit, jak reagovat ve slovní konverzaci. Dalším krokem je opakované praktické cvičení a nakonec poskytnout pozitivní zpětnou vazbu pro dlouhodobý přínos klientů (Ritvo, 2006).

5.1 Práce ergoterapeuta s autistickými dětmi

S dítětem ergoterapeut pracuje na nácviku běžných denních činností, které vybírá po konzultaci s rodinou i s malým pacientem. Právě rodině totiž nejvíce pomůže zvýšení soběstačnosti dítěte. Činnosti je dobré nacvičovat po částech a je nezbytné vše pečlivě vysvětlit. Dobré je vybavit rodinu potřebnými pomůckami a také zapojit dítě do činnosti, například spolu s ním vytvořit manuál k cestě do školy nebo časově strukturalizovat pomocí kalendáře činnosti během dne (Jacobs, 2013).

Pro nácvik zvládání nových úkolů vytváří terapeut s dítětem takzvaná pracovní schémata (vizuálně rozfázované činnosti) zaznamenané pomocí obrázků či grafů. To pomůže dítěti lépe pochopit pracovní postup a časovou následnost jednotlivých kroků učené činnosti. Celkově se terapeut snaží dítě v prostředí stabilizovat tím, že mu vytvoří určitý řád v jeho prostředí, čímž mu zjednoduší každodenní zvládání těžkostí jeho autistické mysli, protože pak dokáže lépe zhodnotit situaci díky pravidelnosti a předvídatelnosti událostí (Bartoňová, 2008).

Dalším důležitým úkolem ergoterapeuta je pomoci autistovi začlenit se do společnosti. Je vhodné, aby ve volném čase navštěvoval dětský kolektiv a učil se tak potřebným dovednostem přímo v praxi, proto rodině doporučuje kontakty na organizace, které s autisty přímo pracují nebo na rodiny, jež mají autisty ve svém středu. Zároveň mu ergoterapeut pomáhá naučit se vše potřebné v rámci terapie – například pomocí obrázků vysvětluje lidské emoce (*Jak se ta paní asi cítí? Co myslíš, že to mohlo*

způsobit?), vhodnost vykání a tykání (*Komu vykáme? Komu tykáme? Můžeš tykat panu doktorovi?*) nebo zásady zdravení cizích lidí a představování se.

Dále s autistou pracuje na zlepšování jeho kognitivních funkcí – trénuje orientaci v prostoru a čase, nacvičujeme logické řady. Zejména logické úkoly a řazení věcí dle určitého řádu autisty velmi baví a jsou díky nim motivovanější pro terapii. Zároveň tím, že nutí dítě vydržet dávat pozor po celou dobu terapie, stimuluje jeho pozornost a soustředění, a tím, že jej nutí na něho reagovat a komunikovat, zase zlepšuje jeho komunikační dovednosti.

Dle Thorové (2006) se ergoterapeut u dětí s autismem zaměřuje na nácvik pracovních návyků a chování při práci. Dále je cílem ergoterapie funkční nácvik náplně volného i pracovního času a zlepšení dovedností týkajících se sebeobsluhy. Činnosti by měly být pro děti smysluplné. Pokud je dítě samostatné a dobře vykonává určité činnosti, dochází ke zvýšení životní spokojenosti a k lepšímu sebehodnocení. Během ergoterapie by měly být nacvičovány sebeobslužné a domácí práce.

Mezi základní dovednosti, které ergoterapeut rozvíjí, patří dovednosti zaměřené na jemnou motoriku, jako je například koordinace pohybu, úchop a jemné cílení. Pro některé děti s PAS je vyhovující manuální práce, protože na ně má uklidňující účinky. Některé děti potřebují při činnosti více struktury. Při práci s jedinci s autismem se osvědčily textilní techniky, jako je kupříkladu tkaní na rámu, košíkářské techniky, výroba svíček a modelování. Řada autistů má velmi dobrý cit pro barvy a vytváří mnoho originálních výrobků (Thorová, 2006).

5.2 Vyšetření

V rámci ergoterapie je vhodné vyšetřit soběstačnost dítěte s ohledem na věk (v České republice neexistuje však žádný standardizovaný test pro dětské autisty) a ve spolupráci se speciálním pedagogem, logopedem a psychologem zhodnotit kognitivní funkce, řeč, úroveň psychomotorického vývoje a sociálních dovedností. Dále se terapeut zaměřuje na kresbu dítěte, úroveň grafomotoriky a školních dovedností.

Pomocí rozhovoru se zákonnými zástupci dítěte terapeut stanovuje problematické oblasti, na kterých bude zapotřebí pracovat, stanoví cíle terapie a vytvoří terapeutický plán.

5.3 Speciální pedagogická a terapeutická péče

Jediným prokazatelně úspěšným způsobem pomoci dětem s autismem je speciální pedagogická a terapeutická péče. Pokud je dítěti speciálním přístupem umožněno porozumět světu, který ho kvůli jeho handicapu chaoticky obklopuje, je velká šance, že u dítěte dojde ke zlepšení (Hrdlička a Komárek, 2004).

Rozhodně je také dobré doporučit rodině některé specializované centrum pro práci s jedinci s PAS – například APLA po celé České republice, AUTISTIK v Praze, RAINMAN v Ostravě a další (Bartoňová, 2008).

V České republice existují i takzvané auti – třídy zřizované speciálně pro autisty, které může terapeut rodině doporučit. V těchto třídách jsou žáci vyučováni na základě takzvaného TEACCH Programu (Treatment and Education of Autistik and Communication Handicapped Children – péče o vzdělávání dětí s autismem a dětí s problémy v komunikaci), který respektuje zvláštnosti v chování autistů a jejich speciální vzdělávací potřeby. Zároveň ve třídě bývá asistent pedagoga, který celou výuku žákům s PAS usnadňuje (Bartoňová, 2008).

V rámci terapie autistů je důležité dodržovat individuálnost přístupu při práci s jednotlivými pacienty, neboť projevy se u jedinců liší, a tudíž je zapotřebí nastavit jim terapii na míru. Po zhodnocení posudků od psychologa, jenž prováděl vstupní vyšetření, je nutné zvolit vhodný typ systému komunikace (například předmětová komunikace, fotografie, obrázky, kombinace s psanou formou), vhodné pracovní místo bez rušivých vlivů, zvolit strategii řešení problémů a přizpůsobení prostředí (doma i ve škole) (Bývalcová, 2010).

Je důležité všimnout si, jaká gesta autista používá, jaké jsou jeho běžné rituály a reakce na vnější podněty. Je nutné snažit se o pochopení jeho světa a vstoupení do něj pro navázání kontaktu – například pozorovat jeho chování a na každé jeho gesto reagovat gestem podobným, čímž je autistovi usnadněna spolupráce s terapeutem (Bývalcová, 2010).

5.4 Nácvik sebeobslužných dovedností

Jak je již uvedeno výše, problém v komunikaci je pro jedince s autismem charakteristický. Zpoždění v komunikačních a jazykových dovednostech ovšem není jediný problém, který řeší rodiče dětí s vývojovými poruchami. Tyto děti jsou totiž také pomalejší v učení se dalších sebeobslužných dovedností jako například oblékání se,

mytí rukou a chození na záchod. Díky principům ABA lze děti tyto životně důležité dovednosti naučit.

Dle Krejčířové (2003) je u jedinců s Aspergerovým syndromem naděje na dosažení alespoň základní soběstačnosti vyšší než u osob postižených klasickým autismem.

Jak uvádí Barbera (2007), naučit dítě, aby si samo došlo na záchod, je nezbytné. S přibývajícím věkem se toto stává ještě více zřejmé, zvláště pokud dítě tuto činnost nezvládá. „Počůrávání se“ a „pokakávání se“ stojí hodně času, energie a úsilí. Platit za plenky po tři roky je už tak značně finančně náročné i u normálního dítěte. Autorka se ve své praxi setkala dokonce i s dvanáctiletým autistou, který si nebyl schopen dojít sám na toaletu. Tyto výdaje navíc mohou být drtivé, obzvláště když by byly raději použity na rozvoj dítěte a jeho další vzdělávání.

Barbera (2007) ve své publikaci uvádí i pět základních kroků, jak naučit dítě s autismem chodit na záchod:

1) Hodně pít. Dítěti podávat hodně tekutin a slaného jídla. Dbát, aby vypilo osm až deset sklenic denně, aby dítě mělo co největší potřebu chodit na záchod. Postarat se o to, aby dítě pilo pravidelně v průběhu celého dne - například jednu sklenici za hodinu, tak aby potřeba jít na záchod byla pravidelná a očekávatelná. Dát dítěti napít nepravidelně a jednou za čas totiž způsobí nepravidelnou potřebu.

2) Plánované chození na záchod. Alespoň jednou nebo dvakrát za hodinu by mělo být dítěti řečeno: „Je čas se vyčůrat“ (nebo jakkoli tomu jinak říkat), přimět jej vyslovit či jinak vyjádřit (nejčastěji gestem) slovo „vyčůrat“ a vzít ho na záchod. Dítě by mělo být dále silně podmiňováno k tomu „se vyčůrat“ nebo „vykakat“. Až začne samo chodit na toaletu, tak se přestane plánovat chození na záchod.

3) Kontrola suchých kalhotek. Proto existují dva důvody:

- a) Zjistit, zda nedošlo k „počůrání se“.
- b) Příležitost pochválit dítě za to, že „se nepočůralo“.

Je důležité zeptat se dítěte: „Máš suché kalhotky?“ a nechat jej zkontrolovat si hmatem, zda je jeho oblečení suché. Tyto kontroly mohou být prováděny v intervalu od pěti minut do jedné hodiny v závislosti na vývoji pokroku dítěte. Suché spodní prádlo by mělo být odměněno podnětem, který do budoucna způsobí posílení tohoto zvyku.

4) Pozitivní trénování „počůrávání se“. Jedná se o techniku, kdy hned po tom, co se stane incident, je dítě přemístěno z místa nehody na záchod. Toto lze zopakovat pětkrát až desetkrát v řadě.

5) Zaznamenávat data. Je důležité vést si záznamy o všech úspěšných cestách na záchod i o všech nehodách.

Naučení této dovednosti může usnadnit i technika s obrázky, kdy pro každou činnost, kterou dítě koná, existuje obrázek a pořadí a dítě pak lépe ví, kdy je vhodný čas jít na záchod.

Obecně lze mezi všední denní činnosti započítat dovednosti od mytí si rukou, chození na záchod, pověšení kabátu na věšák, jezení jídla vidličkou až po obléknutí si trička. Tyto sebeobslužné aktivity jsou většinou složeny z více jednoduchých malých činností. Jako příklad lze uvést detailní popis mytí rukou, kdy je potřeba chytit kohoutek a otočit jej tak, aby tekla voda. Dát jednu ruku na nádobu s mýdlem a druhou pod ní, zmáčknout dvakrát pumpičku, aby vyteklo mýdlo, třít si ruce o sebe pět až deset vteřin, ponořit obě ruce pod proud vody, aby se očistily od mýdla, chytit opět kohoutek, vypnout vodu, vzít ručník, osušit si ruce a pověsit ručník zpět na věšák. Když se toto dítě učí, je potřeba, aby příslušné věci byly vždy na stejném místě, aby to dítě nemátlo. Vždy je vyhodnocováno, jak dítě u činnosti postupuje, zda na něco nezapomíná. Je potřeba dát si pozor, aby terapeut neučil dítě kroky odděleně, ale jako jeden plynulý proces. Tyto postupné procesy mohou být použity pro téměř jakoukoli činnost. Například pokud se dítě učí sundávat si ponožky, musí si nejdříve rozvázat tkaničky a sundat si boty. Pro nácvik jsou vhodnější větší ponožky, aby šla činnost snadněji provést. Terapeut mu fyzicky dopomáhá do té doby, dokdy je to potřeba. Čím více má dítě příležitostí pro to vykonávat činnost samo, tím lépe ji pak bude zvládat v budoucnu (Barbera, 2007).

Dle Maurice, Green a Foxx (2001) je jezení komplexní chování složené z několika dílčích aktivit. Vyvinutí schopností sebesycení v prvních letech života je důležité pro spojení s centrálním nervovým systémem, jeho vývojem a učením. Pokud má dítě problém se sebesycením, bylo by dobré, aby se léčba konzultovala s odborníky, popřípadě aby řídili léčbu. Bohužel takovýchto zdrojů je málo, a tak se rodiče musí často s tímto vypořádat sami. Níže je uvedeno několik aspektů, na které je potřeba si dát v souvislosti s touto činností pozor:

- 1) upravit způsob, kterým se dítěti jídlo předkládá
- 2) časování a struktura
- 3) forma jídla (zda se jedná o jídlo nakrájené na kostičky či kaši apod.)
- 4) nezávislé krmení

Maurice, Green a Foxx (2001) uvádí ve své publikaci i jednotlivé kroky správného sebesycení:

- 1) uchopit příbor
- 2) nabrat jídlo
- 3) přiblížit příbor k puse
- 4) vložit příbor do pusy
- 5) vyložit jídlo z příboru do pusy
- 6) vytáhnout příbor z pusy
- 7) položit příbor zpět na talíř
- 8) opakovat body 1- 7 dokud jídlo není snědené

6. Praktická část

6.1 Cíl bakalářské práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, zda má aplikovaná behaviorální analýza pozitivní vliv na rozvoj sebeobsluhy u dětí s autismem. Aplikovaná behaviorální analýza má své kořeny ve Spojených Státech Amerických, kde je také při práci s autisty hojně využívána. V současné době se s ní lze setkat již i v České republice, kde je v rámci terapií také zařazována a má na výsledky prospívání autistů pozitivní vliv.

6.2 Základní otázka bakalářské práce

„Má aplikovaná behaviorální analýza pozitivní vliv na rozvoj sebeobsluhy u dětí s autismem?“

6.3 Metody sběru dat

Pro vypracování praktické části bakalářské práce byla použita metoda přímého pozorování. Dále jsem chtěla zařadit i standardizovaný test, který by byl zaměřen na hodnocení soběstačnosti u dětí s autismem. V České republice se ale takovéto testy nepoužívají, a proto jsem sestavila krátký dotazník, který jsem rozeslala do pěti zahraničních pracovišť za účelem zjistit, jaké testy na hodnocení soběstačnosti u autistů používají. Z dotazovaných zařízení reagovala na můj dotazník pouze dvě centra, která mi sdělila, že žádné konkrétní testy na hodnocení soběstačnosti u autistických dětí nepoužívají. Z tohoto důvodu jsem se tedy rozhodla, na základě svých zkušeností s autisty, samostatně vytvořit co možná nejcitlivější hodnocení zaměřené na děti s autismem. Hodnoceny byly tři herní činnosti zaměřené na jemnou motoriku a dvě sebeobslužné aktivity (použití WC, mytí rukou).

Jedná se o kvalitativně-quantitativní šetření. Praktická část je věnována využitelnosti ABA u dětí s autismem v ergoterapii. Počet zkoumaných klientů jsou dva klienti, na které jsem zpracovala celkem dvě kazuistiky a posléze je testovala ve zvolených aktivitách. Pozorovala jsem osmiletou dívku a sedmiletého chlapce, kteří mají diagnózu autismus. S oběma vybranými klienty jsem přes rok pracovala v centru terapeutické péče o děti s poruchami chování, v pražském AUT-Centru, do kterého jsem pravidelně každý týden docházela, a hodnotila jejich práci během terapií. Hodnocení zvolených aktivit bylo provedeno celkem dvakrát. První pokusy jsem zaznamenala v květnu roku 2014 a pokusy druhé o půl roku později, tedy v listopadu roku 2014.

Vybrané klienty blíže představuji v kazuistikách a výsledky svého hodnocení uvádím v kapitole „Výsledky hodnocení“. Jak terapeuti, tak i rodiče zvolených klientů souhlasili s využitím informací o jejich zdravotním stavu a práci během terapií v AUT – Centru.

6.4 Dotazníkové šetření

V rámci praktické části této bakalářské práce, ve které jsem se zaměřila na pozorování vybraných klientů a následné testování jejich soběstačnosti, jsem využila možnost anglicky psaných dotazníků, které jsem prostřednictvím e – mailu rozeslala do několika center v zahraničí. Jednalo se o následující zařízení: The New England Center for Children, FEDEA Swiss International Centre for Autism, National Autism Centre, Autism Centre of Excellence a Autism Research Centre.

Mým záměrem bylo zjistit, jaké nástroje a testy používají k hodnocení soběstačnosti u dětí s autismem. Z důvodu, že v České republice neexistují žádné vhodné testy zabývající se soběstačností autistických dětí, jevílo se mi rozeslání dotazníků jako vhodný nápad, jak zjistit, které testy odborníci používají v zahraničí.

Dotazník byl psaný v anglickém jazyce. Obsahoval celkem pět otázek, které se týkaly věku autistických klientů, používaných testů k hodnocení soběstačnosti autistů, jejich využívaných metod a přístupů v terapiích, spokojenosti terapeutů s výsledky terapie a také zda pozorují zlepšení soběstačnosti u jejich klientů (viz Příloha 1).

7. Popis samostatně navrženého hodnocení

Vzhledem k výsledkům dotazníkového šetření a také z důvodu, že jsem se v praxi nesetkala s žádným testem zaměřeným na hodnocení soběstačnosti u dětí s autismem, jsem se rozhodla sestavit vlastní hodnocení. Z dotazovaných zahraničních pracovišť na můj dotazník reagovala pouze dvě centra, ovšem dle jejich odpovědí ani jedno z nich nepoužívá žádné konkrétní testy na hodnocení soběstačnosti dětí s autismem.

Hodnocení je rozděleno na dvě části. V části první se zaměřuje na pozorování a hodnocení celkem tří aktivit prováděných prostřednictvím hry. Mezi tyto činnosti bylo zařazeno skládání tvarů, rozpoznávání barev kuliček a jejich následné uhození kladívkem. Jako třetí aktivita bylo zvoleno grafomotorické cvičení, a to psaní písmen fixem na magnetickou tabuli.

Ve druhé části se zaměřuje na pozorování a hodnocení dvou sebeobslužných aktivit, tvořících dohromady jeden celek, které jsou rozděleny do jednotlivých fází. Vybráno bylo „použití WC a následné umytí si rukou po WC“, neboť zvládnutí těchto aktivit je jak pro děti, tak i pro rodiče stěžejní, a právě proto se na jejich zvládnutí soustředila v AUT – Centru značná pozornost (viz Kapitola 9).

Hodnoticí škála pro tři vybrané herní aktivity:

- 4 – provede samostatně, bez pomoci
- 3 – provede, ale je nutný impuls pro provedení
- 2 – provede jen s částečnou fyzickou dopomocí terapeuta
- 1 – provede jen s úplnou fyzickou dopomocí terapeuta
- 0 – neprovede

Hodnoticí škála pro dvě vybrané sebeobslužné aktivity:

- 5 – provede samostatně, bez pomoci
- 4 – provede, ale je nutný impuls pro provedení
- 3 – provede jen se slovní dopomocí terapeuta
- 2 – provede jen s částečnou fyzickou dopomocí terapeuta
- 1 – provede jen s úplnou fyzickou dopomocí terapeuta
- 0 – neprovede

8. Kazuistiky

8.1 Kazuistika č. 1

Vyšetřovaná osoba: D. T. (žena)

Datum narození: 11. 2. 2006

Lékařská diagnóza:

Atypický autismus

Středně těžká mentální retardace

Anamnéza

Osobní anamnéza: klientka z nerizikového těhotenství, domácí porod, porod v termínu a bez komplikací, opožděný vývoj řeči, od 2 let regrese ve vývoji, postupně rozvoj autistických prvků chování, od útlého dětství terapie neuroleptiky. Z dětských infekcí žádnou neprodělala. Úrazy, operace - žádné

Rodinná anamnéza: otec zdravý, matka zdravá, starší sestry zdravé

Školní anamnéza: nyní je žákyní 2. ročníku autistické třídy Základní školy Integračního Centra Zahrada

Sociální anamnéza: bydlí v rodinném domě spolu se svými rodiči a sestrami, pobírá nejvyšší stupeň příspěvku na péči ve výši 12 000 Kč

Farmakologická anamnéza: Prothasin – 1x/den

Alergie: neguje

Nynější onemocnění: někdy spolupracuje a někdy projevuje nezájem až nechut' spolupracovat, občasné záchvaty plynoucí často z frustrace, je přítulná, nemluví – jen vydává nesrozumitelné zvuky, fixuje očima, občas se usmívá, schopna samostatného stoje i chůze, pohyb samostatně bipedálně

Ergoterapeutické vyšetření (provedeno samostatně):

HKK - hybnost HKK je funkční, bez patologického nálezu, stisk symetrický, dominantní PHK, rozsahy ve všech kloubech funkční, dle Jandova svalového testu svalová síla stupně 4-5

- úchopy – nehtový, válcový, kulový – zvládne samostatně

-špetkový, tužkový, klíčový, nůžkový – zvládne jen s dopomocí terapeuta, problém ve fázi uchopení předmětu – ostatní fáze bez potíží, terapeut dopomáhá daný předmět správně uchopit

DKK- hybnost DKK je funkční, bez patologického nálezu, rozsahy ve všech kloubech funkční

Čítí – bez patologického nálezu

Bolest – není

Stoj – schopna samostatného stoje bez problémů

Chůze – schopna samostatné chůze o širší bázi

Sed na židli - lehká asymetrie pánve vpravo výš, rotace pánve vlevo, lehká asymetrie ramen - pravé výš, předsunuté držení v oblasti krční páteře

Mobilita- po domě se pohybuje samostatně, v exteriéru je nutná dopomoc druhé osoby
- mobilita na lůžku- otočení na boky i posazení samostatně

Kognitivní funkce- reaguje pomaleji na příkazy, udrží poměrně dlouho pozornost (pokud ji daná aktivita baví), stále lépe fixuje očima, problémy s orientací v prostoru, problematická komunikace – verbálně nekomunikuje

Soběstačnost:

- pADL- sebesycení- samostatně (činnost jí ale dlouho trvá a zanechává po sobě nepořádek)

- oblékání- horní polovina těla s dopomocí, dolní polovina těla s dopomocí (nezvládá zapínání zipu a knoflíků, nezaváže si tkaničku – nemá zatím tyto dovednosti osvojeny, jednotlivé kusy oblečení si samostatně neoblékne – musí začít oblékat terapeut a klientka pak zvládne daný kus oblečení samostatně pouze doobléknout)

- osobní hygiena- s dopomocí (mytí rukou, čištění zubů, česání, mytí obličeje)

- koupání- s dopomocí (je ale potřeba jen dohled)

- použití WC- s dopomocí (nutné dovést klientku na WC, iniciovat stáhnutí a natažení kalhot, spláchnout)

- přesuny- samostatně

- iADL - kvůli nízkému věku zatím iADL neprovádí (s dohledem ale samostatně zvládá krájet zeleninu)

Kompenzační pomůcky: žádné

Kontinence- plně kontinentní

Zájmy – malování, plavání, hra na bubínek, jízda na koni v rámci hippoterapie

Denní režim- denní režim se odvíjí od školní výuky a jednotlivých terapií v Integračním Centru Zahrada (dále IC Zahrada): klientka vstává v 8:00, osobní hygiena, snídane, cesta autem do školy, začátek školy v 9:30, výuka a terapie v IC Zahrada, v 16:00 odjezd z IC Zahrada, poté pobyt doma s rodiči, večere, koupání, jde spát (mnohdy ale usíná až cca v 1:00 – problémy se spánkem)

Silné stránky- spolupracuje, snaživá, usměvavá, fixuje očima, HKK i DKK funkční, baví ji se učit během terapií, ráda pomáhá matce v kuchyni – zvládne s dohledem krájet zeleninu

Slabé stránky- verbálně nekomunikuje, občasné silné sebepoškozující záchvaty z frustrace (nedokáže si vykomunikovat, co potřebuje, okolí jí nerozumí), problémy s jemnou motorikou, samostatně se neobleče, sama si nezvládne dojít na záchod a umýt si poté ruce, nesvede se sama vysmrkat, jí samostatně, ale činnost jí dlouho trvá a zanechává po sobě velký nepořádek, při koupání je nutný dohled, osobní hygienu zvládá jen s dopomocí

Cíl terapie z pohledu rodiče klientky (z důvodu nízkého věku klientky cíl určen maminkou a ne klientkou)

- zvládnutí samostatného obléknutí se – horní i dolní poloviny těla, klientka si zvládne sama dojít na záchod, zlepšení komunikace klientky

Cíl terapie z pohledu terapeuta

Krátkodobý cíl (4 týdny) - klientka si sama obuje a zuje boty, sama si obleče a sundá ponožky, klientka se zvládne rychleji najíst a zanechá po sobě čistější stůl, klientka se sama vysmrká, zvládne si sama ukázat, co chce, a dokáže hlavou naznačit „ano/ne“

Dlouhodobý cíl (6 měsíců) – klientka se vylepší v oblasti oblékání (zvládne si sama obléci i svléci horní i dolní polovinu těla), sama si dojde na záchod a umyje si ruce, zlepši se v oblasti jemné motoriky (zdokonalí jednotlivé funkční úchopy ruky), klientka si zvládne vykomunikovat základní potřeby („Hotovo. Chci ještě. Nechci. Chci jíst. Chci pít. Chci čurat.“), klientka se dokáže lépe orientovat doma (např. bude vědět, kde je její pokoj)

Ergoterapeutický plán

Krátkodobý plán- vymyslet vhodné strategie pro samostatné obouvání a zouvání bot (např. používání bot na suchý zip, ne s tkaničkami), naučit se vhodné strategie pro oblékání/svlékání ponožek (např. používat volnější ponožky, aby se snadněji navlékly), doporučení kompenzační pomůcky pro sebesycení (např. protiskluzová podložka pod talíř), nácvik smrkání (použít lehký papírový ubrousek, do kterého nejprve fouká nosem – ubrousek se hýbe – poté zakrytí jedné nosní dírkou a zkusit smrkání do ubrousku), prostřednictvím jednoduchých her cvičit ukazování ukazovákem (např. výběr ze dvou barev – červená a zelená – ukázat červenou barvu), prostřednictvím herních činností trénovat naznačování hlavou „ano/ne“ (např. pohyb hlavou jako odpověď na otázku „Je to kočka?“ - kývnutí = ano, zatočení = ne)

Dlouhodobý plán- zlepšení strategií oblékání a svlékání horní i dolní poloviny těla (trénink např. pomocí oblékání panenky), použití barevných obrázků a odměny ve formě ovoce pro nácvik chůze na WC (obrázek dát klientce do ruky těsně před návštěvou toalety a na WC jej připnout na zeď, používat systém pozitivního posilování – dát klientce kus ovoce jako odměnu po každém použití WC), stimulace rukou pomocí hrachu – nácvik mytí rukou, prostřednictvím jednoduchým her nacvičovat gesta vyjadřující potřeby klientky (např. klientka dohraje danou hru a terapeut se jí zeptá a příslušným gestem naznačí, zda chce klientka „ještě hru,“ nebo zda je „hotovo“), aktivity zaměřené na trénink jemné motoriky (např. navlékání korálků, práce se stavebnicí), použití jednoduchých obrázků/fotografií pro snadnější orientaci v prostoru (např. na dveře dětského pokoje klientky nalepit její fotografii a barevně napsat její jméno)

Zhodnocení terapií, popis stavu po terapiích

S klientkou byla velice náročná, ale zajímavá spolupráce. Během počátečních terapií docházelo často k dlouhým záchvatům, při kterých se klientka sebepoškozovala kousáním nebo boucháním do hlavy pěstmi či o zem. Postupem času ale těchto záchvatů, vyvolaných především frustrací klientky, ubývalo, neboť docházelo k postupnému učení se vykomunikovat si své potřeby. Záchvaty byly způsobeny zejména neschopností klientky říct okolí „Mám hlad. Mám žízeň. Chci čůrat. Nechci to dělat“ a také nepochopením okolí potřeb klientky. V rámci terapií byly použity tyto přístupy:

- **ABA** (viz Kapitola 9)
- neurovývojový přístup (konkrétně metoda Afolter)
- psychosociální přístup (použití obrázků pro nácvik chození na WC, označení jednotlivých místností doma pro lepší orientaci, používání kartiček s čísly na označení počtu aktivit prováděných s klientkou při terapiích)
- biomechanický přístup (balanční cvičení, cviky s overballem)

Jako testovací aktivity, prostřednictvím kterých byla v praxi představena ABA, byly zvoleny tyto: Skládání tvarů, Barevné kuličky a kladívko, Psaní fixem na magnetickou tabuli, Použití WC a mytí rukou.

Z všedních denních činností byla značně zlepšena nonverbální komunikace klientky (naučení jednoduchých gest) a došlo tak ke snížení počtu a intenzity sebezpoškozujících záchvatů. Také byla vylepšena strategie sebesycení (používání protiskluzové podložky), oblékání dolní poloviny těla (kalhoty na gumu a ne na zip a knoflík, procvičování často díky nácviku používání WC), obouvání a zouvání (boty na suchý zip místo tkaniček). Krátkodobé cíle byly z velké části splněny, jen samostatné smrkání klientka dosud nezvládla. Dlouhodobé cíle byly také splněny jen částečně – klientka stále potřebuje dopomoc při oblékání horní poloviny těla a je nutné ještě pracovat na zlepšení její jemné motoriky a orientace v prostoru. Také je stále ještě potřeba dopomoci při osobní hygieně.

8.2 Kazuistika č. 2

Zpracovala: Dana Bartošová, 8. 1. 2015

Vyšetřovaná osoba: M. M. (muž)

Datum narození: 3. 4. 2007

Lékařská diagnóza:

Porucha autistického spektra

Středně těžká mentální retardace

Porucha pozornosti s hyperaktivitou

Anamnéza

Osobní anamnéza: klient z nerizikového těhotenství, porod v nemocnici, v termínu a bez komplikací, opožděný vývoj řeči. Z dětských infekcí žádnou neprodělal. Úrazy, operace - žádné

Rodinná anamnéza: otec zdravý, matka zdráva

Školní anamnéza: integrován do klasické MŠ, využívá asistenci pedagoga

Sociální anamnéza: bydlí v rodinném domě spolu se svými rodiči, má průkaz ZTP/P a pobírá nejvyšší stupeň příspěvku na péči ve výši 12 000 Kč

Farmakologická anamnéza: neužívá žádné léky – jen vitamíny a probiotika

Alergie: neguje

Nynější onemocnění: velice mazlivý a přítulný, usměvavý, vždy ochoten spolupracovat, velká nesoustředěnost, časté drbání po těle z důvodu svědění neurotického charakteru, mluví minimálně – zvládá slova jako „ne, dej“ a slabiky „ma, me, ta,“ dále často vydává nesrozumitelné zvuky „dígndígn“ (rodiče ani terapeut nevědí, co to znamená), dokáže krátce fixovat očima, schopen samostatného stoje i chůze, pohyb samostatně bipedálně

Ergoterapeutické vyšetření (provedeno samostatně):

HKK- hybnost HKK je funkční, bez patologického nálezu, stisk symetrický, dominantní LHK, rozsahy ve všech kloubech funkční, dle Jandova svalového testu svalová síla stupně 4-5

- úchopy – nehtový, válcový, kulový – zvládne samostatně

- špetkový, tužkový, klíčový, nůžkový – zvládne jen s dopomocí terapeuta, problém ve fázi uchopení předmětu – ostatní fáze bez potíží, terapeut dopomáhá daný předmět správně uchopit

DKK- hybnost DKK je funkční, bez patologického nálezu, rozsahy ve všech kloubech funkční

Čítí – bez patologického nálezu

Bolest – není

Stoj – schopen samostatného stoje bez problémů

Chůze – schopen samostatné chůze bez potíží

Sed na židli – stabilní, bez asymetrií, jen občas sklon k sedu s kulatými zády

Mobilita- po domě se pohybuje samostatně bez dopomoci, v exteriéru je nutná dopomoc druhé osoby

- mobilita na lůžku- otočení na boky i posazení samostatně

Kognitivní funkce- na příkazy reaguje rychle, šikovný v obrazově – vizuální oblasti (např. vkládání předmětů do skládačky dle tvaru), pozornost udrží jen po velmi krátkou

dobu, stále více začíná fixovat očima, problematická komunikace – aktivně používá jen slova „ne, dej“

Soběstačnost:

- pADL– sebesycení- samostatně

- oblékání - horní polovina těla s dopomocí, dolní polovina těla s dopomocí (nezvládá zapínání zipu a knoflíků, nezaváže si tkaničku – nemá zatím tyto dovednosti osvojeny, jednotlivé kusy oblečení si samostatně neoblékne – musí oblékat terapeut)

- osobní hygiena- s dopomocí (mytí rukou, čištění zubů, česání, mytí obličeje)

- koupání- s dopomocí (je ale potřeba pouze dohled)

- použití WC- s dopomocí (nutné dovést klienta na WC, stáhnout a natáhnout kalhoty, spláchnout)

- přesuny- samostatně

- iADL - kvůli nízkému věku zatím iADL neprovádí (s dohledem ale samostatně zvládá namazat chleba máslem)

Kompenzační pomůcky - žádné

Kontinence- plně kontinentní

Zájmy – sledování dětských pořadů na tabletu, házení míčem, skládání daných tvarů do skládačky

Denní režim- vstává v 7:00, osobní hygiena, snídane, cesta autem do školky, nástup do školky mezi 8:30 - 9:00, pobyt a program ve školce, v 16:30 vyzvednutí ze školky, pobyt doma s rodiči, večere, koupání, ve 22:00 chodí spát

Silné stránky- snaživý, usměvavý, přítulný, ochotný spolupracovat, občas fixuje očima, HKK i DKK bez obtíží, samostatně jí

Slabé stránky- problémy s komunikací, velká nesoustředěnost, časté drbání, nezvládá se sám obléci, dojit si sám na záchod a umýt si poté ruce, potřebuje pomoc druhé osoby při koupání (dohled) a osobní hygieně

Cíl terapie z pohledu rodiče klientky (z důvodu nízkého věku klienta cíl určen maminkou a ne klientem)

- zlepšení komunikace, zvládnout si dojit samostatně na záchod a umýt si ruce

Cíl terapie z pohledu terapeuta

Krátkodobý cíl (2 týdny) – klient se naučí mýt si ruce (především krouživé pohyby rukou při mytí), zvládne si samostatně obout i zavázat boty, oblékne si/svlékne sám kalhoty, dokáže lépe fixovat očima, zvládne si vykomunikovat základní potřeby jako „Chci jíst. Chci pít. Chci na záchod.“

Dlouhodobý cíl (6 měsíců) – klient si zvládne sám dojít na WC, zlepší se jeho soběstačnost v oblasti oblékání (klient si zvládne sám obléci a svléci horní i dolní polovinu těla), zlepší se v oblasti komunikace – rozšíří si aktivní slovní zásobu, zlepší se v oblasti jemné motoriky, zlepší se jeho soustředěnost a sníží se hyperaktivita klienta, zmírní se klientovo neurotické drbání

Ergoterapeutický plán

Krátkodobý plán- nácvik krouživých pohybů rukou (důležitých pro mytí rukou) prostřednictvím stimulace rukou v hrachu, popřípadě fazolích, naučit se vhodné strategie pro obouvání a zouvání bot (např. nepoužívat boty s tkaničkami, ale využívat boty na suchý zip), trénink oblékání/svlékání kalhot (nepoužívat těsné kalhoty s knoflíkem pro zapnutí, ale spíše volnější kalhoty s gumou v pase), na základě různých činností nutit klienta více fixovat očima (např. výběr oblíbeného bonbónu ze dvou různě barevných kelímků na otázku „Kde je?“), nácvik vykomunikování si základních potřeb (použití daných gest, kterými klient naznačí, co potřebuje)

Dlouhodobý plán- nácvik chození na záchod s barevnými kartičkami (obrázek dát klientovi do ruky těsně před návštěvou toalety a na WC jej připnout na zeď), celkové zlepšení strategií oblékání a svlékání horní i dolní poloviny těla (např. používat svetr, který lze jen přetáhnout přes hlavu a nemusí se zapínat), aktivity zaměřené na trénink jemné motoriky (např. skládání obrázku, šroubování), prostřednictvím her zvyšovat aktivní slovní zásobu klienta (nahrát na zvukovou pomůcku časté slovo používané při hře, klient si jej poslechne a zkusí zopakovat – např. slovo hurá), používat zklidňující techniky (relaxační masáže, zklidňující kartáčování) pro snížení hyperaktivity, častěji střídát aktivity pro zvýšení soustředěnosti, vymyslet „únikovou“ aktivitu, kterou klient bez problému zvládá, a v případě drbání se nechat klienta tuto aktivitu provést (např. skládání tvarů, zasouvání molitanových kuliček do kelímku)

Zhodnocení terapií, popis stavu po terapiích

S klientem byla velice dobrá spolupráce. Během terapií byl často pozitivně naladěný, spokojeně se usmíval a měl sklony se s terapeutem mazlit. V rámci terapie byly použity následující přístupy:

- **ABA** (viz Kapitola 9)
- neurovývojový přístup (konkrétně metoda Afolter)
- psychosociální přístup (tvorba plánek, vytváření barevných kartiček pro jednotlivé fáze činnosti)
- biomechanický přístup (balanční cvičení, cviky s overballem)

Jako testovací aktivity, prostřednictvím kterých byla v praxi představena ABA, byly zvoleny tyto: Skládání tvarů, Barevné kuličky a kladívko, Psaní fixem na magnetickou tabuli, Použití WC a mytí rukou.

Z všedních denních činností došlo během terapií ke zřetelnému zlepšení mytí rukou. Klient zvládá tuto činnost již téměř samostatně (kromě samostatných krouživých pohybů rukou). Byla také vylepšena soběstačnost v oblasti oblékání, díky úpravám oblečení je klient schopen se samostatně obléknout, je ale stále potřeba dohled terapeuta. Krátkodobé cíle byly až na samostatné zvládnutí krouživých pohybů při mytí rukou všechny splněny. Dlouhodobé cíle naplněny nebyly, neboť je stále potřeba pracovat na snížení hyperaktivity klienta a zvyšování jeho soustředěnosti a je také nutné stále vylepšovat jeho jemnou motoriku.

9. Popis aktivit pro hodnocení a terapii pomocí ABA

Aktivita „Skládání tvarů“

Aktivita se skládá celkem ze čtyř dílčích aktivit, které jsou uvedeny níže:

- 1) Výběr jedné ze dvou kostek – ukázání
- 2) Uchopení kostky
- 3) Správné natočení kostky
- 4) Vložení kostky ke správné kostce dle tvaru do skládačky



Obr. 1 Skládání tvarů

ABA a její využití při provádění aktivity „Skládání tvarů“

Během této činnosti lze pozorovat, zda je dítě s autismem schopno si samo zvolit (ukázat ukazovákem), kterou kostku chce. Terapeut dítěti pokládá otázku „Kterou chceš?“ a povel „Ukaž!“ a klient na základě toho reaguje a ukazuje na kostku. Zde je využíváno zásad ABA – terapeut pokládá co nejjednodušší pokyny a čeká, jak na ně dítě bude reagovat. Vzhledem k tomu, že vybraní autističtí klienti nemají prozatím schopnost funkčního verbálního projevu, je nutné používat k rozvoji jejich komunikace nonverbální prostředky, gesta. Terapeut vychází z principů ABA, a pokud dítě samo automaticky nereaguje na otázky a povely, dává konkrétní impuls, jako je například poklep na ventrální stranu předloktí. Pokud tento impuls nepomáhá, terapeut lehce dopomůže klientovi činnost provést – navede mu horní končetinu do správného pohybu,

ale konečnou fázi pohybu už provede klient sám. Za předpokladu, že toto klient také nezvládá, terapeut mu pomůže provést celý pohyb, popř. činnost. Může nastat i situace, kdy klient danou činnost nezvládne ani se značnou fyzickou dopomocí terapeuta. Důvodem může být často záchvat vzteku či frustrace klienta.

Dále lze pozorovat úchop kostky dítětem. Zde jsem se soustředila především na zvládnutí špetkového úchopu. Zaměřila jsem se na to, jestli je klient schopen uchopit kostku bez potíží dominantní horní končetinou a zda dokáže reagovat na povel „Vezmi!“

Dalším krokem bylo správné natočení kostky, kdy jsem si všímala abstraktních schopností klienta - jak dlouho dítěti trvá kostku natočit do správné polohy, zda potřebuje k provedení i druhou horní končetinu a jak je v tomto případě schopen koordinovat obě horní končetiny. Terapeut pokládá otázku „Kam patří?“

Závěrečnou činností bylo vložit kostku ke správné kostce dle tvaru do skládačky. U této aktivity bylo možné pozorovat, zda je klient schopen vložit kostku do poměrně úzkého otvoru, a také uvolnění jeho úchopu. Pokud celý úkol klient zvládl, terapeut mu dal malý pamlsek (bonbon, kus ovoce) jako odměnu, což je jedna ze zásad ABA – pozitivní posilování.

Při všech dílčích úkolech bylo využíváno principů ABA, které spočívaly v míře a způsobu dopomoci terapeuta. Ten nejprve vždy čekal na reakci klienta po vyřčení daného pokynu. Pokud dítě nezareagovalo, tak dával terapeut impuls pro provedení činnosti, či poskytl dítěti mírnou nebo úplnou fyzickou dopomoc pro zvládnutí aktivity.

Aktivita „Barevné kuličky a kladívko“

Aktivita se skládá celkem ze sedmi následujících dílčích aktivit:

- 1) Uchopení kladívka
- 2) Uhození modré kuličky kladívkem
- 3) Uhození červené kuličky kladívkem
- 4) Uhození žluté kuličky kladívkem
- 5) Uhození zelené kuličky kladívkem
- 6) Vložení modré kuličky do modrého kelímku
- 7) Vložení žluté kuličky do žlutého kelímku



Obr. 2 Barevné kuličky a kladívko

ABA a její využití při provádění aktivity „Barevné kuličky a kladívko“

Při této aktivitě lze pozorovat, zda autistické dítě reaguje na povel „Vezmi kladívko!“ a bezprostředně po vyřčení tohoto povelu je schopno uchopit kladívko do své dominantní horní končetiny válcovým úchopem a po dobu vykonávání úkolu jej dokázat udržet. Terapeut opět vychází ze zásad ABA a volí jednoduché jasné a krátké povely, aby klienta příliš nezahlocoval. Vyhýbá se zbytečným květnatým popisům činnosti. Pokud dítě na povel nereaguje, dává mu terapeut příslušný impuls. V případě, že ani tento impuls klienta nepřinutí aktivitu provést, terapeut mu lehce dopomůže kladívko uchopit nebo mu pomáhá kladívko přidržovat v ruce po celý průběh aktivity.

Potom terapeut pokládá otázku „Kde je modrá?“ a úkolem klienta je ťuknout kladívkem na správnou kuličku – tedy na modrou kuličku. Pokud klient sám činnost nezvládne provést, terapeut mu fyzicky dopomáhá, drží jeho horní končetinu s kladívkem a vede ji ke správné kuličce. Takto se pracuje i se zbývajícimi kuličkami. V praxi se také velmi osvědčilo klientovi zamýšlený úkol nejprve ukázat a až pak nechat aktivitu provést samotného klienta.

Závěr aktivity tvoří uchopení modré a poté žluté kuličky a jejich vhození do kelímku stejné barvy. Zde se terapeut soustředí na zvládnutí kulového úchopu a také na dovednost vybrat správnou barvu kelímku a zvládnout do něho příslušnou kuličku

vhodit. Pokud celý úkol klient zvládl, terapeut mu dal malý pamlsek (bonbon, kus ovoce) jako odměnu, což je jedna ze zásad ABA – pozitivní posilování.

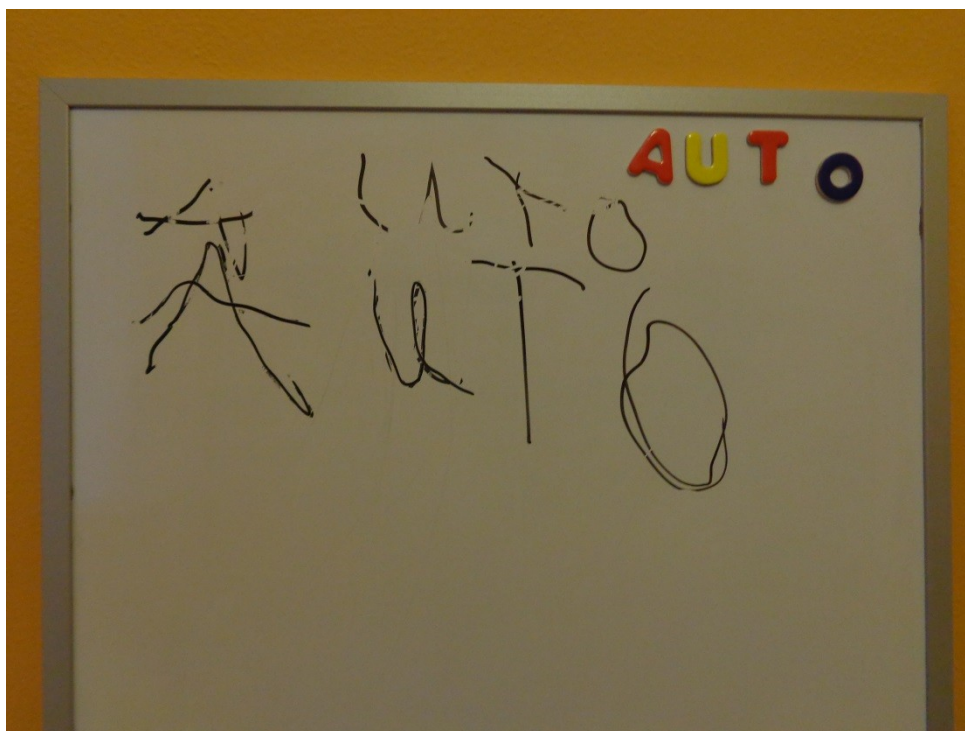
Při všech dílčích úkolech bylo využíváno principů ABA, které spočívaly v míře a způsobu dopomoci terapeuta. Ten nejprve vždy čekal na reakci klienta po vyřčení daného pokynu. Pokud dítě nezareagovalo, tak dával terapeut impuls pro provedení činnosti, či poskytl dítěti mírnou nebo úplnou fyzickou dopomoc pro zvládnutí aktivity.

Aktivita „Psaní fixem na magnetickou tabuli“

Tato aktivita se jako jediná liší v počtu dílčích aktivit pro klientku D a klienta M. Důvodem je nižší věk klienta M než klientky D, pro kterého by bylo psaní čtyř písmen již příliš náročné na soustředění. Záleželo tedy na množství zadaných písmen. Pro klientku D se aktivita skládá celkem ze sedmi dílčích aktivit a pro klienta M celkem ze šesti dílčích aktivit, které jsou rozepsány níže.

Úkol pro klientku D:

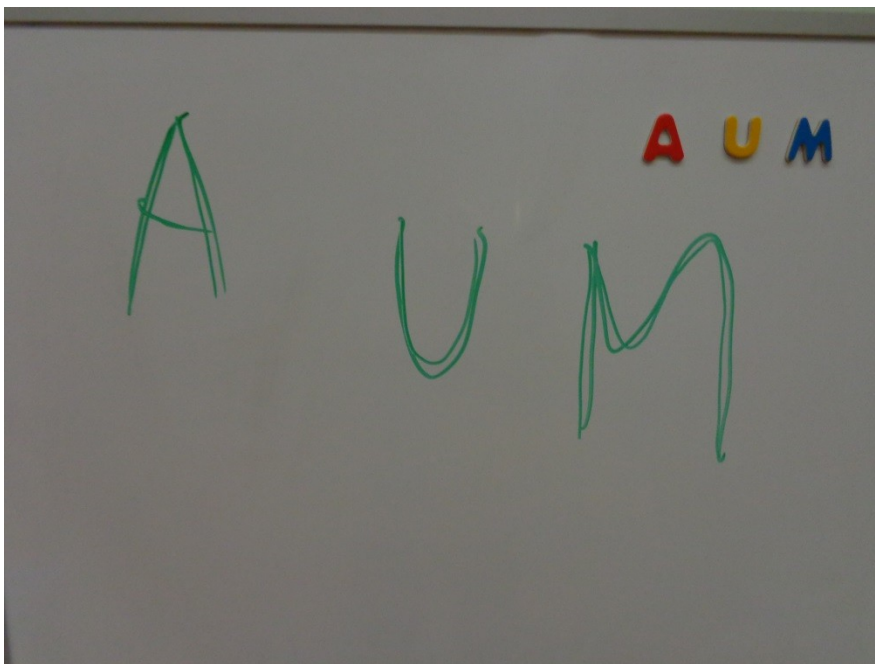
- 1) Uchopení fixu
- 2) Otevření fixu
- 3) Napsání písmena A
- 4) Napsání písmena U
- 5) Napsání písmena T
- 6) Napsání písmena O
- 7) Zavření fixu



Obr. 3 Psaní fixem na magnetickou tabuli – klientka D

Úkol pro klienta M:

- 1) Uchopení fixu
- 2) Otevření fixu
- 3) Napsání písmena A
- 4) Napsání písmena U
- 5) Napsání písmena M
- 6) Zavření fixu



Obr. 4 Psaní fixem na magnetickou tabuli – klient M

ABA a její využití při provádění aktivity „Psaní fixem na magnetickou tabuli“

Při této aktivitě lze pozorovat, zda dokáže dítě reagovat na povel „Vezmi fix!“ a uchopit jej samostatně do své dominantní horní končetiny, či je zapotřebí dopomoci druhé osoby. Dle zásad ABA terapeut nejprve čeká, zda na vyřčený povel klient automaticky zareaguje. Pokud ne, dá impuls jemným dotykem na lokty klienta, kterým tak neverbálně naznačuje, co má udělat, a opět vyčkává na reakci dítěte. V případě, že toto nepomůže, terapeut uchopí dominantní horní končetinu klienta a beze slova mu fix dopomůže uchopit.

Dále terapeut sleduje reakci klienta na příkaz „Otevři fix!“, kdy dítě ihned po povelu fix otevře, (popřípadě je nutná asistence terapeuta v situaci, kdy je fix příliš pevně zavřený), nebo je potřeba pomoc terapeuta aktivitu provést, pokud klient na vyřčený povel nereaguje (tento postup tedy opět vyplývá ze zásad ABA). Během otevírání fixu se terapeut soustředí na koordinaci obou horních končetin dítěte, kdy jedna drží fix a druhá otevírá.

Při psaní jednotlivých písmen A, U, T, O (v případě klientky D) a A, U, M (v případě klienta M) soustředí terapeut pozornost na zvládnutí tužkového úchopu a dovednost napsat velkým tiskacím písmem daná písmena. Tužkový úchop buď zvládá klient sám, či je zapotřebí pomoci ze strany terapeuta. Způsob dopomoci vychází opět z principů ABA. Terapeut dá tedy nejprve pouze impuls dotykem na prsty, které se

účastní tohoto úchopu, či dítěti správně nastaví fix do ruky, nebo mu jej pomáhá fixovat v ruce po celou dobu psaní. Sleduje také uvolněnost horní končetiny a plynulost psaní. Na tabuli jsou vždy pro větší názornost vystavena i probíraná písmena na magnetkách.

Během závěrečné aktivity je sledováno, zda je klient schopen samostatně fix zavřít, či pro provedení potřebuje pomoc terapeuta, což znovu souvisí s principy ABA, které jsou výše uvedeny (= zvládne samostatně, impuls ze strany terapeuta, částečná nebo úplná fyzická pomoc terapeuta). Pokud celý úkol klient zvládl, terapeut mu dal malý pamlsek (bonbon, kus ovoce) jako odměnu, což je jedna ze zásad ABA – pozitivní posilování.

Sebeobslužné aktivity „Použití WC a mytí rukou“

Aktivity se skládají celkem z dvanácti jednotlivých kroků, které jsou uvedeny níže:

- 1) Gestem naznačit „Chci čůrat“
- 2) Dojít k WC míse
- 3) Stáhnout si kalhoty
- 4) Posadit se – čůrání
- 5) Zvednout se
- 6) Vytáhnout si kalhoty
- 7) Spláchnout
- 8) Zapnutí vody - otočení kohoutku
- 9) Nabrání tekutého mýdla z dávkovače
- 10) Krouživé pohyby rukou při mytí
- 11) Vypnutí vody – otočení kohoutku
- 12) Osušení rukou do ručníku

ABA a její využití při provádění sebeobslužných aktivit „použití WC a mytí rukou“

Během nácviku aktivity „použití WC“ se terapeut soustředí nejprve na dovednost klienta gestem naznačit „Chci čůrat“. Děti s autismem pro toto používají jednotné gesto, a to jemný poklep rukou na podbříšek. Při tomto pohybu zároveň terapeut pokládá i verbálně otázku „Chceš čůrat?“, aby si dítě spojilo příslušné gesto se slovy. V rámci ABA bylo s autistickými dětmi toto gesto nacvičováno. Pomocí výše uvedeného gesta se klienti učili vykomunikovat potřebu dojít si na záchod. Terapeut vždy pohybem horní končetiny naznačil poklepem na svůj podbříšek a potom na

podbřišek dítěte toto gesto a přitom položil otázku „Chceš čůrat?“ Poté dohlídl na to, aby dané gesto provedl i samotný klient.

Dalším prostředkem ABA je dobře zvolený obrázek (může jím být například usmívající se „smajlík“), který jej má namotivovat na záchod dojít a přilepit jej na toaletě na zeď. Nejprve čekáme, zda nás sám dokáže na WC dovést, jestliže ne, tak jej terapeut chytí za ruku a na WC ho zavede. Když se dostane terapeut s dítětem na WC, ihned mu ukáže, kam má obrázek nalepit.

Poté se terapeut zaměřuje na dovednost stáhnout si kalhoty. Soustředí se zejména na schopnost dítěte tuto činnost iniciovat. Terapeut opět postupuje dle metod ABA. Nejprve tedy čeká, zda si dítě samo nezačne kalhoty automaticky stahovat. Pokud dítě tuto aktivitu nezačne, terapeut mu dává verbálně příkaz „Stáhni si kalhoty!“ Za předpokladu, že ani na toto dítě nereaguje, terapeut mu jen trochu stáhne kalhoty a poté čeká, zda se autistické dítě dokáže „napojit“ a bude samo pokračovat ve stahování kalhot. Pokud to ale dítě nesvede, terapeut mu stáhne kalhoty sám.

Dále terapeut vyčkává, jestli se klient samostatně bez navádění posadí na záchodové prkénko. Pokud ne, dává mu impuls jemným poklepem na zadeček (toto je opět často používaná metoda ABA, jak autistovi naznačit, co je po něm požadováno), nebo mu slovně přikazuje „Sedni si!“, popřípadě mu fyzicky dopomůže zamýšlený pohyb provést. Poté se klient vyčůrá.

U následujících kroků „Zvednout se“ a „Vytáhnout si kalhoty“ terapeut postupuje stejně jako u kroků „Stáhnout si kalhoty“ a „Posadit se“.

U zbývajících aktivit (7 – 12) se terapeut opět soustředí na to, zda danou dílčí činnost klient zvládá samostatně, či potřebuje k jejímu provedení impuls ze strany terapeuta nebo jeho slovní či fyzickou pomoc. Postupuje tedy znovu dle zásad ABA, na jejichž základě je aktivita terapeuta odstupňována, jak je již popsáno výše.

Může nastat i situace, kdy klient dostane záchvat, který pramení nejčastěji z frustrace, že není schopen rychle a samostatně danou činnost zvládnout, a příslušnou aktivitu pak klient neprovede. Dle principů ABA je v těchto momentech nejlepší zaměstnat klienta takzvanou náhradní (únikovou) aktivitou, o které terapeut ví, že ji klient provede bez jakýchkoli potíží, a dochází v naprosté většině případů ke zklidnění klienta. Když je dítě opět v klidu, terapeut po něm chce, aby činnost, při které dostal záchvat, dokončil (tato činnost je ale hodnocena jako „neprovedl“). Dokončení aktivity po ošetřeném záchvatu je také jednou z důležitých zásad ABA, kdy si autistické dítě musí uvědomit, že záchvatem svou nespokojenost nevyřeší, ale je potřeba vyjádřit ji

jinak, pro jeho okolí přijatelnějším způsobem, a že je důležité příslušnou činnost dodělat. Pokud celý úkol klient zvládl, terapeut mu dal malý pamlsek (bonbon, kus ovoce) jako odměnu, což je jedna ze zásad ABA – pozitivní posilování.

10. Výsledky hodnocení

Výsledky pozorování a hodnocení jsem shrnula do osmi přehledných tabulek. Tyto tabulky jsou uvedeny níže. V rámci terapií byla použita především ABA. První pokusy jsem zaznamenala v květnu roku 2014 a druhé pokusy o půl roku později, tedy v listopadu roku 2014.

Hodnoticí škála pro tři vybrané herní aktivity:

- 4 – provede samostatně, bez pomoci
- 3 – provede, ale je nutný impuls pro provedení
- 2 – provede jen s částečnou fyzickou dopomocí terapeuta
- 1 – provede jen s úplnou fyzickou dopomocí terapeuta
- 0 – neprovede

Hodnoticí škála pro dvě vybrané sebeobslužné aktivity:

- 5 – provede samostatně, bez pomoci
- 4 – provede, ale je nutný impuls pro provedení
- 3 – provede jen se slovní dopomocí terapeuta
- 2 – provede jen s částečnou fyzickou dopomocí terapeuta
- 1 – provede jen s úplnou fyzickou dopomocí terapeuta
- 0 – neprovede

Tab. 1: Skládání tvarů – Klientka D

Dílčí aktivita	1. Provedení			2. Provedení		
	1. kostka	2. kostka	3. kostka	1. kostka	2. kostka	3. kostka
Výběr	1	1	1	3	4	4
Úchop	2	2	1	4	4	4
Natočení	1	1	0	2	1	2
Vložení	1	1	0	2	2	2

Aktivita „Skládání tvarů“ byla pro klientku D dosti obtížná. Při prvním provedení měla problémy ukázat na jednu ze dvou kostek, terapeut jí musel vždy fyzicky dopomoci daný pohyb provést. Klientka nezvládala fixovat očima. Vždy po

vyřčeném povelu terapeut uchopil horní končetinu klientky a provedl s ní chtěný pohyb. Úchop dominantní horní končetinou, v případě klientky D pravou horní končetinou, byl také problematický. Klientka nedokázala udržet kostku v ruce samostatně, terapeut jí musel předmět v ruce přidržovat. Natočení i vložení bylo pro klientku velice náročné. Sama toto nezvládla ani během prvního, ani během druhého provedení. Dokonce jednou v důsledku frustrace, že jí činnost nejde, dostala záchvat a natočení ani vložení nebylo možné během tohoto stavu provést. Klientka má ve srovnání s klientem M velice špatnou prostorovou představivost a úkoly takto zaměřené jsou pro ni skutečně obtížné. Velké zlepšení jsem ale pozorovala při druhém provedení jak ve zvládnutí špetkového úchopu kostky, tak ve výběru kostky. Klientka v této oblasti udělala velký pokrok a nebylo potřeba téměř žádné dopomoci ze strany terapeuta.

Tab. 2: Skládání tvarů – Klient M

Dílčí aktivita	1. Provedení			2. Provedení		
	1. kostka	2. kostka	3. kostka	1. kostka	2. kostka	3. kostka
Výběr	1	1	2	3	4	4
Úchop	4	4	4	4	4	4
Natočení	4	4	4	4	4	4
Vložení	4	4	4	4	4	4

Aktivita „Skládání tvarů“ nečinila klientovi M velké problémy. Největší potíže jsem pozorovala při výběru jedné ze dvou kostek, kdy na povel „Kterou chceš? Ukaž!“ nezvládal zpočátku reagovat. Nefixoval při této otázce očima a na příslušnou kostku neukázal. Terapeut vždy musel fyzicky dopomoci. Bezprostředně po vyřčeném povelu uchopil terapeut horní končetinu klienta a provedl s ní zamýšlený pohyb. Všímal si velice pozorně chování klienta, aby tak dokázal určit, která ze dvou kostek se mu více zamlouvala. Samotné uchopení kostky dominantní horní končetinou, v případě klienta M levou horní končetinou, proběhlo naprosto bez potíží. Špetkový úchop mu nečinil problémy. Klient M má poměrně dobrou prostorovou představivost a natočení i vložení kostky mu nedělalo žádné problémy. Tyto dvě dílčí aktivity byl klient schopen provést velice rychle během několika vteřin.

Tab. 3: Barevné kuličky a kladívko – Klientka D

Dílčí aktivita	1. Provedení	2. Provedení
Uchopení kladívka	2	4
Uhození modré kuličky kladívkem	1	4
Uhození červené kuličky kladívkem	1	2
Uhození žluté kuličky kladívkem	2	2
Uhození zelené kuličky kladívkem	2	4
Vložení modré kuličky do modrého kelímku	1	4
Vložení žluté kuličky do žlutého kelímku	2	4

Aktivita „Barevné kuličky a kladívko“ byla pro klientku D poměrně náročná. Na vyřčený povel „Vezmi kladívko!“ nebyla zpočátku schopna sama bez pomoci druhé osoby reagovat. Velký pokrok ale udělala při druhém testování, kdy bezprostředně po povelu uchopila správně kladívko do dominantní horní končetiny. Klepání jednotlivých barev kuliček zvládala při prvním provedení jen se značnou či s částečnou fyzickou dopomocí terapeuta. Měla potíže správně rozeznávat barvy a například na povel „Kde je modrá?“ ťukala kladívkem na červenou kuličku. V rozpoznávání barev se klienta během půl roku ale také dosti vylepšila, problém měla jen s rozeznáním červené a žluté kuličky, ostatní zvládla určit zcela samostatně. Stejně tak došlo k výraznému zlepšení i ve vkládání dané kuličky do správného kelímku, kdy toto dokázala při druhém provedení samostatně, ačkoli při provedení prvním byla zapotřebí fyzická pomoc ze strany terapeuta.

Tab. 4: Barevné kuličky a kladívko – Klient M

Dílčí aktivita	1. Provedení	2. Provedení
Uchopení kladívka	3	4
Uhození modré kuličky kladívkem	1	2
Uhození červené kuličky kladívkem	1	4
Uhození žluté kuličky kladívkem	4	2
Uhození zelené kuličky kladívkem	1	4
Vložení modré kuličky do modrého kelímku	2	2
Vložení žluté kuličky do žlutého kelímku	2	4

Aktivita „Barevné kuličky a kladívko“ byla pro klienta M rozhodně náročnější než aktivita „Skládání tvarů“. Klient sice za použití impulsu vydaného terapeutem (poklepem na jeho levý loket) sám zvládl válcovým úchopem správně uchopit kladívko, ale měl dosti velké problémy s určováním barev. Správné určení žluté kuličky byla s největší pravděpodobností jen náhoda. Obdobně probíhalo i vložení modré a žluté kuličky do správného kelímku, kdy byla nutná fyzická pomoc druhé osoby. K poměrně výraznému zlepšení došlo za půl roku při druhém provedení, kdy bylo očividné, že klient se vylepšil v rozeznávání barev a pouze modrou a žlutou kuličku nezvládl určit sám. Stejně tak i vložení modré kuličky do kelímku této barvy samostatně nedovedl.

Tab. 5: Psaní fixem na magnetickou tabuli – Klientka D

Dílčí aktivita	1. Provedení	2. Provedení
Uchopení fixu	1	2
Otevření fixu	2	4
Napsání písmena A	1	2
Napsání písmena U	1	2
Napsání písmena T	1	2
Napsání písmena O	1	2
Zavření fixu	2	3

Aktivita „Psaní fixem na magnetickou tabuli“ představovala pro klientku značné obtíže. Měla dosti velký problém s uchopením fixu na povel „Vezmi fix!“ a také se samotným psaním jednotlivých písmen, kdy byla vždy potřeba úplná fyzická pomoc terapeuta. Pro klientku bylo obtížné provést i s dopomocí terapeuta správně tužkový úchop při držení fixu. Ze všech úchopů, které jsem u klientky na základně zvolených aktivit mohla pozorovat, se mi jevil tužkový úchop jako nejproblematictější. Pouze otevření a zavření fixu zvládla klientka jen s částečnou fyzickou dopomocí. Určitý pokrok byl znatelný při druhém testování, kdy klientka dokázala psát daná písmena jen s mírnou fyzickou dopomocí terapeuta, a bylo viditelné, že klientka měla uvolněnější tužkový úchop a pohyb při psaní byl plynulejší než při prvním provedení. Došlo i ke zlepšení ostatních dílčích aktivit. Samostatně dokonce zvládla otevřít fix. Také bylo

zjevné, že si klientka tento úkol užívala a aktivita ji velmi bavila, zvláště psaní samohlásek A, U, O.

Tab. 6: Psaní fixem na magnetickou tabuli – Klient M

Dílčí aktivita	1. Provedení	2. Provedení
Uchopení fixu	4	4
Otevření fixu	2	4
Napsání písmena A	1	1
Napsání písmena U	1	1
Napsání písmena M	1	1
Zavření fixu	2	4

Aktivita „Psaní fixem na magnetickou tabuli“ byla pro klientka M asi nejproblematictější ze všech třech zvolených aktivit. Vzhledem k jeho hyperaktivitě bylo obtížné udržet klientovu pozornost. Při psaní písmen se nekoncentroval a bylo znatelné, že jej zadaný úkol nebaví a nechce jej dělat. Tužkový úchop zvládal jen s úplnou fyzickou dopomocí terapeuta. Ke zlepšení psaní nedošlo ani při druhém testování. Pouze aktivity, jako byly uchopení, otevření a zavření fixu, klient prováděl soustředěně a tyto činnosti byly i zlepšeny během půl roku, jak ukazují záznamy z druhého provedení.

Tab. 7: Použití WC a mytí rukou – klientka D

Dílčí aktivita	1. Provedení	2. Provedení
Gestem naznačit „Chci čůrat“	1	5
Dojít k WC míse	1	5
Stáhnout si kalhoty	2	5
Posadit se – čůrání	2	5
Zvednout se	3	5
Vytáhnout si kalhoty	2	5
Spláchnout	1	3
Zapnutí vody - otočení kohoutku	2	3
Nabrání tekutého mýdla z dávkovače	1	2
Krouživé pohyby rukou při mytí	2	5
Vypnutí vody – otočení kohoutku	2	5
Osušení rukou do ručníku	2	3

Tyto sebeobslužné aktivity činily zpočátku klientce D značné problémy. Samostatně nedokázala provést ani jednu dílčí aktivitu. Nejproblematictější bylo naučit ji gesto „Chci čůrat“. Klientka nechtěla ani na WC chodit, bylo tedy nutné ji pro provedení této činnosti motivovat. Pro nácvik dovednosti byly využity barevné obrázky, na kterých byl namalován žlutý „smajlík“. Před každou návštěvou WC se terapeut vždy zeptal „Chceš čůrat?“ a současně s touto otázkou naznačoval příslušné gesto (poklep rukou na podbříšek klientky). Poté dal klientce do ruky obrázek „smajlíka“ a dovedl ji na záchod, kde připnul tento obrázek na zeď a následovně byly plněny všechny kroky těchto sebeobslužných aktivit. Co se týče chození na WC, klientka udělala během půl roku velký pokrok. Až na spláchnutí je schopna celou činnost provést samostatně. V oblasti mytí rukou takový pokrok neudělala, ve většině dílčích aktivit potřebuje buď slovní, nebo fyzickou pomoc druhé osoby.

Tab. 8: Použití WC a mytí rukou – klient M

Dílčí aktivita	1. Provedení	2. Provedení
Gestem naznačit „Chci čůrat“	1	5
Dojít k WC míse	2	5
Stáhnout si kalhoty	2	5
Posadit se – čůrání	4	5
Zvednout se	3	5
Vytáhnout si kalhoty	2	5
Spláchnout	2	3
Zapnutí vody - otočení kohoutku	2	5
Nabrání tekutého mýdla z dávkovače	1	4
Krouživé pohyby rukou při mytí	1	2
Vypnutí vody – otočení kohoutku	2	5
Osušení rukou do ručníku	2	5

Sebeobslužné aktivity „Použití WC a mytí rukou“ byly pro klienta zpočátku poměrně problematické. Samostatně neprovedl jedinou dílčí aktivitu. Obrovský pokrok se ale dostavil během půl roku, kdy při druhém testování zvládl použití WC (včetně naznačení gesta) až na spláchnutí zcela sám. Také aktivita mytí rukou byla vylepšena, jen krouživé pohyby rukou při mytí mu dělají stále problémy. K nácviku této dílčí činnosti je využívána v terapiích klienta stimulace hrachem, kdy si klient procvičuje mytí rukou za přítomnosti kuliček hrachu mezi dlaněmi. Jsou také nacvičovány pohyby, ve kterých jsou zapojeny ulnární a radiální dukce zápěstí, neboť tyto pohyby dělají klientovi také značné potíže. K tomuto jsou využívány aktivity, jako je například nabírání hrachu z krabice do kelímku se zapojením ulnární a radiální dukce.

10.1 Shrnutí výsledků

Na základě získaných hodnot v rámci testování klientů lze chápat vliv ABA na soběstačnost dětí s autismem jako pozitivní. Klienti skutečně dělají pokroky, jak dokazují hodnotící tabulky. Jen je tento jejich postup k lepšímu poměrně zdoluhavý, výsledky jsou znatelné až za delší dobu (za čtvrt roku a déle). Prostřednictvím metod této analýzy došlo ke zlepšení provedení jak herních aktivit „Skládání tvarů, Barevné

kuličky a kladívko a Psaní fixem na magnetickou tabuli“, tak i vybraných sebeobslužných aktivit „Použití WC a mytí rukou“.

Děti s autismem se na základě těchto aktivit učily nejen danou činnost zvládnout, ale také byla v jejich průběhu rozvíjena a nacvičována verbální i nonverbální komunikace (včetně udržení očního kontaktu), která je pro autistické jedince velice důležitá. Mohou totiž i přes své problémy v oblasti komunikace vyjádřit své potřeby a předchází se tak záchvatům sebepoškozování, pramenících v naprosté většině případů právě z frustrace z neschopnosti dorozumět se s okolím.

Možnosti dopomoci terapeuta byly v rámci vyhotoveného hodnocení odstupňovány. Nejmenší dopomoc ze strany terapeuta byl impuls, kterým dával najevo, který pohyb se po klientovi žádá. Za předpokladu, že toto nebylo pro provedení pohybu dostačující, začal terapeut dopomáhat slovně. Pokud ani toto nepomáhalo, přistoupil terapeut k fyzické dopomoci, a to buď k částečné, či k úplné.

Díky ABA došlo k vylepšení jednotlivých úchopů klientů. Jednalo se konkrétně o špetkový a tužkový úchop. Především s provedením tužkového úchopu měli během prvního testování oba zvolení klienti potíže. Ke značnému zlepšení došlo po půl roce, kdy byl s nimi tento druh úchopu v rámci grafomotorických cvičení trénován. Klienti se také naučili rozeznávat barvy (modrou, červenou, žlutou a zelenou) a rozvíjeli si prostorovou představivost. Osvojili si i důležitá gesta, jako bylo ukázání na chtěný předmět nebo poklep rukou na podbřišek v případě potřeby jít se vyčůrat. V rámci trénování používání WC bylo nacvičováno i oblékání/svlékání kalhot, což bylo díky správnému používání ABA úspěšně zvládnuto. Prostřednictvím dodržování správného pořadí dílčích aktivit při vykonávání jedné konkrétní činnosti byla tímto způsobem trénována i paměť a koncentrace klientů.

11. Diskuze

Bakalářská práce se zabývá využitím aplikované behaviorální analýzy u dětí s autismem z pohledu ergoterapeuta. Aplikovaná behaviorální analýza (dále ABA) je terapie hojně využívaná u jedinců s autismem v zahraničí, převážně v USA, kde tento druh terapie také vznikl.

Vzhledem k tomu, že ABA terapeut se zaměřuje na předcházení záchvatů autistů, dále na nácvik komunikace, rozvoj jemné a hrubé motoriky dětí, zlepšování orientace, soustředěnosti, paměti a udržení očního kontaktu dětí s autismem, dochází díky pokrokům v těchto oblastech i ke zlepšení soběstačnosti v každodenních aktivitách, jako je například sebesycení, oblékání, používání WC a osobní hygiena. Metody ABA přispívají tedy také k lepšímu prospívání autistických dětí ve všedních denních činnostech a je zde tudíž možnost propojitelnosti ABA a ergoterapie. Z tohoto důvodu jsem se pokusila očima ergoterapeuta popsat ABA. Silnou motivací pro mě byla teoretická i praktická znalost zásad ABA díky své roční stáži v pražském centru pro děti s poruchami chování, v AUT-Centru, kam jsem v průběhu svého bakalářského studia oboru ergoterapie docházela každý týden jako asistent/terapeut, a měla zde tak možnost pracovat s autistickými dětmi. Klienti byli ve věku 3 – 8 let, tedy předškolního a mladšího školního věku.

Během terapií v AUT-Centru jsem se zaměřila včetně tréninku komunikace, jemné a hrubé motoriky, orientace, paměti a udržení očního kontaktu i na samotné praktické zvládání každodenních aktivit. Především se jednalo konkrétně o následující aktivity: používání WC a komunikace. Jsou to právě tyto dvě dovednosti, jejichž zvládnutí je jak pro autistické děti, tak i pro rodiče stěžejní.

Zvládnutí komunikace je pro autisty základ. Dokáží se tak dorozumět s lidmi z jejich okolí, jejichž chování je pro ně často nepochopitelné a nerozumí mu. Stejně tak lidé z okolí mají potíže porozumět potřebám jedinců s autismem, což může být častým důvodem jejich frustrace, která může vyústit až v sebepoškozující záchvat. Těmito stavy dávají autisti obvykle najevo, že se jim něco nelíbí, že nejsou s něčím spokojeni, či jsou zkrátka jen frustrovaní z toho, že nedokáží říci, co potřebují, tak, aby to ostatní lidé pochopili.

Co se týče používání WC, naučení této dovednosti je pro dítě nezbytné. Jak uvádí Barbera (2007), čím je dítě starší, tím více se toto stává zřejmé, zejména v případě, že dítě tuto činnost nezvládá. „Počůrávání se“ a „pokakávání se“ stojí rodiče

hodně času, úsilí a energie. Výdaje za plenky mohou být mnohdy drtivé. Činnost „používání WC“ jsem v praktické části bakalářské práce rozfázovala na jednotlivé dílčí aktivity a ohodnotila ji samostatně vytvořeným hodnocením.

Původně bylo mým záměrem použít v této práci standardizovaný test, který by byl orientován na hodnocení soběstačnosti u dětí s autismem. Po dlouhém hledání a konzultacích s odborníky (s ergoterapeuty, psychology a také se speciálními pedagogy) jsem však zjistila, že v České republice neexistuje žádné takové hodnocení, které by bylo do této bakalářské práce použitelné. Poté jsem se tedy rozhodla sestavit krátký dotazník v anglickém jazyce, který obsahuje pět jednoduchých otázek, a zaslat jej prostřednictvím e-mailu na několik různých zahraničních pracovišť v naději, že se mi podaří zjistit, jaké testy na hodnocení soběstačnosti u dětí s autismem používají. Velice mne ale překvapilo, že z oslovených pěti center pracujících s autistickými dětmi se mi ozvala pouze dvě z nich a ani jedno z těchto zařízení nepoužívá v praxi žádné testy na hodnocení soběstačnosti dětí s autismem. Toto mne dosti udivilo, protože jsem předpokládala, že když oslovím centra v zahraničí pracujících s autisty, ve kterých probíhá včetně jiných terapií i ergoterapie, jistě mi bude některé z nich schopno poskytnout cenné nápady a informace.

Myslím si, že fakt, že v České republice a ani v zahraničních zařízeních, se kterými jsem se v rámci zaslání dotazníků zkontaktovala, není používáno žádné hodnocení soběstačnosti dětí s autismem, je poměrně velký nedostatek. V současné době totiž počet jedinců s autismem stoupá a konkrétně v České republice není zatím zajištěn plnohodnotný systém péče o tyto osoby. Největším a nejznámějším zařízením, které se věnuje autistům, je pražská organizace APLA. Dále mají klienti k dispozici i nově vzniklé AUT-Centrum v Praze, které funguje od roku 2013. Také v Integročním Centru Zahrada v Praze odborníci pracují s dětmi s autismem, ale toto zařízení je včetně těchto klientů zaměřeno i na ostatní mentálně postižené děti, tedy ne primárně na autisty. Stejně tak i v pražském Jedličkově ústavu lze pracovat s autistickými dětmi, ale počet klientů s touto diagnózou je zde skutečně minimální. Během své ergoterapeutické praxe v tomto ústavu jsem se setkala pouze se dvěma dětmi s autismem. A musím přiznat, že jsem byla velice překvapena, když mi zdejší ergoterapeutky sdělily, že samy nevědí, jak mají s autisty pracovat a že terapie s těmito klienty je pro ně v tomto smyslu problematická.

Na základě zjištěných informací týkajících se práce s autisty v České republice jsem došla k závěru, že by bylo rozhodně potřeba, aby terapeuti, kteří pracují s mentálně

postiženými dětmi, byli schopni poskytovat adekvátní a odbornou péči dětem s autismem a používat pro hodnocení jejich práce vhodné testy, včetně hodnocení soběstačnosti těchto klientů. Co se týče hodnocení soběstačnosti, je nutné, aby testy byly dostatečně citlivé a vycházely z kognitivních poruch autistů, které způsobují jejich nesoběstačnost v provádění každodenních činností.

V praktické části bakalářské práce jsem se pokusila samostatně sestavit citlivé hodnocení, které jsem aplikovala jak na testování vybraných herních aktivit, tak i na zvolené sebeobslužné činnosti. Při jeho zhotovování jsem vycházela především z praktických zkušeností, které jsem získala během roční stáže v AUT-Centru. Pozorovala jsem, s čím mají autistické děti největší potíže a jakým způsobem lze odstupňovat dopomoc terapeuta. Na základě těchto informací jsem poté vypracovala své hodnocení. Zvolila jsem aktivity, které klienti prováděli v AUT-Centru často a rádi a na kterých bylo možné pozorovat více dovedností, aby tak mohly být lépe popsány zásady ABA v praxi.

ABA není v České republice příliš známým typem terapie, ačkoli například ve Spojených Státech Amerických je velice uznávána a hojně využívána, protože má skutečně kladný vliv na prospívání autistických klientů. Na úspěšnost ABA byly již zpracovány mnohé zahraniční studie.

Aby se ale terapeut mohl stát ABA terapeutem, musí podstoupit ABA výcvik, který zatím v České republice není možné absolvovat. Ředitelka AUT-Centra, Mgr. Lucie Vaculíková, MSc., do budoucna tuto možnost zvažuje. Během svých studií a práce s autisty ve Spojených Státech Amerických byla vycvičena jako ABA terapeut a chtěla by rozšířit tento druh terapie i do České republiky. Myslím si, že absolvování tohoto výcviku by mohlo být skutečným přínosem pro praxi každého terapeuta pracujícího s autistickými klienty. Studenti a zaměstnanci AUT-Centra musí tímto výcvikem povinně projít, aby se naučili jednotně pracovat s klienty, kteří docházejí do tohoto zařízení.

V souvislosti s možností propojitelnosti ABA a ergoterapie se domnívám, že ABA má k ergoterapii rozhodně blízko. Ergoterapeuti se také zaměřují na rozvoj komunikace, jemné a hrubé motoriky, orientace, paměti a zvládnutí jednotlivých kroků dané činnosti. Pro zvládnutí problémové aktivity poskytují slovní či fyzickou dopomoc. Metody ABA přispívají také k lepšímu prospívání autistických dětí ve všedních denních činnostech. Asi nejvýznamnější rozdíl ale spočívá v direktivním přístupu ABA terapeutů ke klientům. Ergoterapeut vychází více z potřeb a zájmů klienta.

12. Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda má aplikovaná behaviorální analýza pozitivní vliv na rozvoj sebeobsluhy u dětí s autismem. Jedná se o analýzu používanou zejména v zahraničí, v České republice tato zatím příliš rozšířena není. Na základě získaných informací o tomto druhu terapie, která je využívána při práci s autistickými jedinci, lze chápat vliv aplikované behaviorální analýzy (dále jen ABA) na prospívání autistických dětí rozhodně kladně.

Vzhledem k tomu, že v České republice neexistuje žádné vhodné hodnocení soběstačnosti autistických dětí, rozhodla jsem se formou dotazníku oslovit několik zahraničních center za účelem zjistit, jaké testy na hodnocení soběstačnosti ve svých zařízeních používají. Na můj dotazník však reagovala pouze dvě centra, která mi napsala, že pro hodnocení soběstačnosti autistických klientů také žádné testy nepoužívají. Z tohoto důvodu jsem se tedy pokusila sestavit vlastní hodnocení soběstačnosti, které vychází z pozorování a práce s autistickými dětmi během jednorocní stáže v pražském centru pro děti s poruchami chování, v AUT-Centru.

Jak vyplývá z uvedených výsledků hodnocení v praktické části této práce, díky ABA došlo ke zlepšení udržení očního kontaktu, komunikace, soustředěnosti, orientace a celkově jemné motoriky (grafomotoriky, úchopů) a hrubé motoriky. Pro pozorování a následné testování byli vybráni dva klienti mladšího školního věku, osmiletá dívka a sedmiletý chlapec. Hlavním kritériem výběru byl podobný věk dětí, aby měly výsledky hodnocení větší vypovídající hodnotu. Do AUT-Centra docházejí především mladší klienti (předškolního věku).

Soběstačnost dětí s autismem byla hodnocena prostřednictvím třech vybraných herních aktivit (skládání tvarů, barevné kuličky a kladívko, psaní fixem na magnetickou tabuli) a dále také na základě dvou sebeobslužných činností (použití WC, mytí rukou). Testování klientů v rámci těchto aktivit bylo provedeno celkem dvakrát, a to s půlročním časovým intervalem. Ze zaznamenaných výsledků, které jsou uvedeny v přehledných tabulkách, vyplývá, že došlo ke zřetelnému zlepšení provedení zvolených činností. Největší pokrok jsem zaznamenala zcela jistě v komunikaci, kdy se oba klienti naučili gesty vyjadřovat své potřeby „Chci jíst. Chci pít. Chci čůrat. Hotovo. Nechci. Ještě.“ Osvojili si také schopnost ukázat na to, co chtějí (například při výběru mezi červenou a modrou kuličkou si dokázali zvolit pomocí ukázání prstem tu, která se jim více líbila).

Na základě informací, které jsou obsahem této bakalářské práce, lze považovat ABA za skutečně přínosnou pro terapeutickou praxi zabývající se léčbou autistických dětí. Využitím tohoto druhu terapie je možné pozitivně ovlivňovat prospívání, včetně soběstačnosti, dětí s autismem. Snad jediným negativem této terapie je často až přílišný direktivní přístup terapeuta ke klientům. Nicméně je to právě direktivnost, díky které dochází k posilování chtěného chování a k minimalizování nežádoucího chování. Děti s autismem se takto také učí sebeovládání a dochází tak i k předcházení sebepoškozujících záchvatů.

Zároveň lze i prostřednictvím ABA ovlivnit medikaci, kdy vhodně použitá ABA může i zamezit medikaci klientů, která slouží stejně jen ke zmírnění určitých příznaků, kterými může být například agresivita (Šilarová, 2006).

13. Seznam použité literatury

1. BARBERA, Mary Lynch. *The verbal behavior approach: how to teach children with autism and related disorders*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2007. ISBN 978-1-84310-852-8.
2. BARTOŇOVÁ, Miroslava et al. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami II*. Brno: Paido, 2008. ISBN 978-80-7315-170-6.
3. BÝVALCOVÁ, Libuše. *Možnosti ucelené rehabilitace v denním stacionáři pro děti s kombinovanými vadami a autismem*. Brno, 2010. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Ilona Fialová. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/173831/pedf_m/Diplomova_prace.pdf
4. BOYES, Carolyn. *Cognitive Behavioural Therapy*. London: Harper Collins Publishers, 2008. ISBN 978-0-00-727034-7.
5. FITZER, Adrienne a Peter, STURMEY. *Language and Autism: applied behavior analysis, evidence, and practise*. Austin: PRO-ED, 2009. ISBN 978-1-4164-0376-0.
6. FOVEL, Tyler J. *The ABA Program Companion, Organizing Quality Programs for Children with Autism and PDD*. New York: DRL Books, Inc., 2002. ISBN 978-0966-5266-7-7.
7. GILLBERG, Christopher a Theo PEETERS. *Autismus – zdravotní a výchovné Aspekty*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-201-7.
8. GREER DOUGLAS, Robert a Denise E., ROSS. *Verbal behavior analysis: inducing and expanding new verbal capabilities in children with language delays*. Boston: Pearson Education, 2008. ISBN 978-0-205-45837-0.
9. HRDLIČKA, Michal a Vladimír, KOMÁREK. *Dětský autismus. Přehled současných poznatků*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.

10. JACOBS, Debra et al. *Nácvik sebeobsluhy a sociálních dovedností u dětí s autismem*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0498-5.
11. JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Autismus VIII. Pedagogicko-psychologické hodnocení a výchovně vzdělávací strategie u žáků s autismem*. Praha: IPPP ČR, 2004. ISBN 80-86856-00-3.
12. JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Praha: Univerzita Karlova - Pedagogická fakulta, 2001. ISBN 80-7290-042-0.
13. JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Autismus II.: Problémy v sociálních vztazích dětí s autismem*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2000.
14. KEARNEY, Albert J. *Understanding applied behavior analysis: an introduction to ABA for parents, teachers and other professionals*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2008. ISBN 978-1-84310-860-3.
15. KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Autismus VII - diagnostika poruch autistického spektra*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství, 2003. Metodická příručka.
16. MAURICE, Catherine, Gina, GREEN a Richard M. FOXX. *Making a Difference: behavioral intervention for Autism*. Austin: PRO-ED, 2001. ISBN 978-0-89079-871-3.
17. MAURICE, Catherine, Gina, GREEN a Stephen C. LUCE. *Behavioral intervention for young children with autism: a manual for parents and professionals*. Austin: PRO-ED, 1996. ISBN 0-89079-683-1.
18. MCPHILEMY, Catherine a Karola, DILLENBURGER. Parents' experiences of applied behaviour analysis (ABA)-based interventions for children diagnosed with autistic spectrum disorder. *British Journal of Special Education* [online]. 2013, vol. 40, issue 4, s. 154-161 [cit. 2014-05-02]. DOI: 10.1111/1467-8578.12038. Dostupnéz: <http://doi.wiley.com/10.1111/1467-8578.12038>

19. MOŽNÝ, Petr a Ján, PRAŠKO. *Kognitivně-behaviorální terapie*. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-038-6.
20. NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-024-3.
21. RICHMAN, Shira. *Výchova dětí s autismem*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-102-6.
22. RITVO, Edward R. *Understanding the nature of autism and Asperger's disorder*. London a Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2006. ISBN 978-1-84310-814-6.
23. SACKS, Oliver. *Antropoložka na Marsu*. Praha: MF, 1995. ISBN 80-204-0635-2.
24. SCHOEN, Alexis Ann. What Potential Does the Applied Behavior Analysis Approach Have for the Treatment of Children and Youth with Autism? *Journal of Instructional Psychology* [online]. 2003, vol. 30, issue 2, s. 125-130 [cit. 2014-11-07]. ISSN 0094-1956. Dostupné z:
<http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail/detail?sid=be08b0af-b8e0-4d37-95dd-ae4cd0622fb1%40sessionmgr115&vid=0&hid=113&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVpZCxlcmwmbGFuZz1jcyZzaXRlPWVob3N0LWxpdmU%3d#db=a9h&AN=10164747>
25. SCHOPLER, Eric. *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-202-3.
26. SCHOPLER, Eric a Gary B., MESIBOV. *Autistické chování*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-133-9.
27. ŠILAROVÁ, Hana. *Vliv výchovně vzdělávací intervence na vývoj dítěte s autismem*. Brno, 2006. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Jarmila Pipeková. Dostupné z:
http://scholar.google.cz.ezproxy.is.cuni.cz/scholar?start=50&q=ABA+terapie&hl=cs&as_sdt=0,5
28. ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-821-X.

29. THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.
30. VACULÍKOVÁ, Lucie. AUT – Centrum o. p. s., [online]. 2013, [cit. 31. 10. 2014], dostupné z: <http://www.aut-centrum.cz/>
31. VIRUÉS-ORTEGA, Javier. Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: Meta-analysis, meta-regression and dose–response meta-analysis of multiple outcomes. *Clinical psychology review*[online]. 2010, s. 387-399 [cit. 2014-11-07].DOI:10.1016/j.cpr.2010.01.008.Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S0272735810000218>
32. VOCILKA, Miroslav. *Autismus*. Praha: Tech-Market, 1996. ISBN80-902134-3-X.
33. VOCILKA, Miroslav. *Výchova a vzdělávání autistických dětí*. Praha: SEPTIMA, 1994. ISBN 80-85801-33-7.

14. Seznam příloh

Příloha 1 – Questionnaire

Příloha 2 – Fotografie z terapií

QUESTIONNAIRE

- 1) What are the ages of your child clients?

- 2) What kind of tests are you using to determine the autistic clients' selfreliance?

- 3) What kind of methods and approaches are you using to improve it?

- 4) Are you satisfied with the results of OT?

- 5) Do you observe any notable improvement of selfreliance in autistic children or not?

Thank you!

Dana Bartosova
Student of Occupational Therapy

FOTOGRAFIE Z TERAPIÍ



Obr. 5 Zvukové čtverce pro nácvik verbální komunikace



Obr. 6 Senzorická integrace – dráha pro stimulaci chodidel



Obr. 7 Vkládání druhů ovoce do skládačky



Obr. 8 Senzorická integrace – hledání předmětů mezi fazolemi a jejich vkládání do obrázku